

# AUTO-CONCEITO EM CRIANÇAS Com Hiperactividade e Défice de Atenção

Catarina MAIA, Micaela GUARDIANO, Victor VIANA,  
J. Paulo ALMEIDA, Maria Júlia GUIMARÃES

## RESUMO

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) é um distúrbio que se caracteriza por défices significativos em múltiplos domínios da vida das crianças afectadas e interfere com o seu auto-conceito e auto-estima. No entanto, os estudos internacionais que avaliam a relação entre PHDA e auto-conceito têm chegado a resultados contraditórios e em Portugal este é um tema ainda pouco aprofundado.

O presente trabalho teve como objectivos avaliar o auto-conceito global e em diferentes domínios (competência escolar, atlética, aparência física, comportamento e aceitação social) em crianças com PHDA, em comparação com um grupo controlo, e analisar qual a influência do subtipo de PHDA no auto-conceito.

Foram estudadas 43 crianças seguidas na consulta de desenvolvimento de um hospital distrital universitário que apresentavam diagnóstico clínico de PHDA, e 59 crianças sem este diagnóstico. As crianças com PHDA foram divididas nos diferentes subtipos (predominantemente desatento, predominantemente hiperactivo/impulsivo e combinado) tendo em conta as Escalas de Conners Revisadas, forma reduzida (versão portuguesa). A cada criança foi administrado o Self-Perception Profile for Children (SPPC).

Na análise comparativa, verificou-se que o grupo de crianças com PHDA apresentava valores inferiores nos diferentes domínios de auto-conceito e no auto-conceito global, com uma diferença estatisticamente significativa a nível escolar e comportamental. Em relação aos diferentes subtipos de PHDA, apesar de os resultados não serem estatisticamente significativos, sugerem que as crianças se auto-percebem de maneira diferente consoante o subtipo. Tal discrepância foi mais evidente na competência escolar, em relação à qual as crianças predominantemente desatentas se consideraram menos capazes que as dos restantes subtipos.

Neste estudo, tal como na bibliografia internacional, as crianças com PHDA estudadas apresentam um auto-conceito escolar e comportamental estatisticamente inferior ao das outras crianças da mesma idade, necessitando de todo o apoio para um desenvolvimento emocional saudável.

## SUMMARY

### Self-Perception in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

The Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a disorder reflected by significant deficits in multiple domains, interfering with the self-perception and self-esteem of children. However, international studies that assess the relationship between ADHD and self-perception have come to contradictory results, and, in Portugal, this is still a little investigated subject.

The present work aims to assess the self-perception in different areas (scholastic competence, athletic competence, physical appearance, behaviour and social acceptance) in children with ADHD, comparing them with a control group. This study also tries to analyze whether the subtype of ADHD could interfere differently with the self-perception.

We studied 43 children who had a clinical diagnosis of ADHD and 59 children without this diagnosis. Children with ADHD were divided into different subtypes in view of the revised Conners Scales (Portuguese version). The children completed the Self-Perception Profile for Children.

C.M., M.G., V.V., J.P.A., M.J.G.:  
Serviço de Pediatria Médica,  
Centro Hospital de S. João/  
Faculdade de Medicina da  
Universidade do Porto. Porto,  
Portugal

From the analysis of averages comparison, it was found that the group of children with ADHD showed lower values in the different domains of self-perception, with a statistically significant difference in scholastic and behaviour self-perceptions. Regarding the different subtypes of ADHD, the results were not statistically significant, but indicated that children perceive themselves differently depending on the subtype. This discrepancy was most evident in scholastic competence where children predominantly inattentive considered themselves less able than the others.

In this study, as in the international literature, children with ADHD have an scholastic and behavioural self-perception statistically inferior to other children of the same age, needing every possible support for a healthy emotional development.

## INTRODUÇÃO

A Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção (PHDA) é um distúrbio neurocomportamental que afecta sobretudo crianças em idade escolar, mas pode persistir na adolescência e na idade adulta<sup>1</sup>. Está associada a uma tríade de sintomas: défice de atenção, hiperactividade e impulsividade. Afecta aproximadamente três a sete por cento das crianças em idade escolar e é mais frequente no sexo masculino<sup>2</sup>. Não existe, até ao momento, uma etiologia conhecida para este distúrbio, mas acredita-se que a mesma seja multifactorial, com a contribuição de factores genéticos, ambientais e psicossociais<sup>1</sup>. Sabe-se também que estas crianças apresentam défices significativos em múltiplos domínios da vida com possível repercussão na sua auto-estima, auto-conceito e desenvolvimento futuro<sup>2</sup>.

Existem na literatura diversas definições para auto-estima<sup>3</sup> e auto-conceito. Segundo Harter, o auto-conceito resulta da competência percebida e da aprovação pelos outros<sup>4</sup>. Harter desenvolveu um modelo multidimensional em que enfatiza o auto-conceito global e em vários domínios, ou seja, a competência e adequação percebidas a nível escolar, atlético, social, comportamental e da aparência física. Seguindo este modelo, que afirma que as crianças que experienciam fracassos frequentes estão mais sujeitas a desenvolver baixos níveis de auto-conceito<sup>5</sup>, seria lógico que as crianças com PHDA apresentassem uma percepção negativa das suas competências, em especial nos domínios de maior dificuldade. Esta consciencialização diminuiria assim a motivação, o esforço, o empenho e a persistência em actividades futuras<sup>5</sup>.

No entanto, os estudos existentes têm chegado a resultados contraditórios. Alguns apoiam a hipótese de Harter ao encontrarem baixo auto-conceito nas crianças com PHDA relativamente aos controlos<sup>6,7,8,9</sup>. Segundo esses estudos o auto-conceito negativo motivado, muitas vezes, pelo isolamento social é devastador pois é nesta idade que as crianças desenvolvem o conceito de si próprias, podendo traduzir-se, por exemplo, em victimização, depressão, abandono escolar e comportamentos antissociais<sup>10,11</sup>.

Por outro lado, há outros estudos que sugerem que as crianças com PHDA tendem a sobrestimar as suas

próprias competências, processo denominado de viés ilusório positivo. Segundo esta perspectiva, estas crianças apresentam um auto-conceito nos diferentes domínios que não é significativamente diferente ou é até melhor do que aquele das crianças sem este diagnóstico, apesar de uma história marcada por dificuldades<sup>12,13,14</sup>. Este auto-conceito positivo e desajustado seria mais elevado nas áreas de maior dificuldade, podendo ser explicado por imaturidade cognitiva, défices neuropsicológicos, ignorância da incompetência ou como um mecanismo de auto-protecção<sup>15</sup>.

Com os novos avanços na área da Perturbação de Hiperactividade e Déficit de Atenção e a consciencialização que as crianças com PHDA poderiam ser classificadas em subtipos consoante os sintomas dominantes, diferindo umas das outras em vários aspectos<sup>2</sup>, surge a hipótese de que elas também possam diferir em relação ao auto-conceito. Os dados a este nível são escassos, mas fazem supor que crianças com o subtipo predominantemente desatento (PHDA-D) apresentam um auto-conceito escolar/académico inferior às com o subtipo predominantemente hiperactivo (PHDA-H) ou combinado (PHDA-C)<sup>16</sup>.

As dúvidas sobre este tema são ainda muitas e só recentemente no nosso país se começou a despertar para a problemática da PHDA e para as suas consequências. Os estudos realizados em Portugal são escassos e é fundamental que os profissionais de saúde tenham informação sobre o impacto que o fracasso repetido tem no auto-conceito das crianças e quais as áreas específicas que poderão estar afectadas. Tal ajudará a fornecer-lhes o apoio necessário para o desenvolvimento de um equilíbrio emocional e a orientar as estratégias terapêuticas, nomeadamente a terapia comportamental, eventualmente diferente nos diferentes subtipos de PHDA.

Neste trabalho, pretendeu-se avaliar o auto-conceito global e em diferentes domínios em crianças com PHDA, comparando-as com um grupo controlo. Tentou-se ainda verificar as diferenças no auto-conceito nos três subtipos de PHDA.

## POPULAÇÃO E MÉTODOS

### Amostra

Com consentimento informado dos pais ou representantes das crianças e autorização do Conselho de Administração do Hospital, após parecer positivo da Comissão de Ética, foram estudadas 43 crianças seguidas na consulta de desenvolvimento de um hospital distrital universitário que apresentavam diagnóstico clínico de PHDA e 59 crianças, sem este diagnóstico, a frequentar o 4º ano de escolaridade numa escola do 1º ciclo do distrito do Porto. Foram excluídas do grupo com PHDA as crianças que apresentavam atraso cognitivo. Em relação ao grupo controlo, foram estabelecidos como critérios de exclusão o seguimento em consulta de psicologia, psiquiatria ou neurodesenvolvimento ou a presença de comportamentos compatíveis com PHDA. Os dois grupos eram homogéneos em termos de idade, idade e escolaridade dos pais, estrutura familiar e classe de Graffar.

### Procedimento

Todas as crianças com diagnóstico de PHDA que se dirigiram à consulta de desenvolvimento do Serviço de Pediatria, durante o tempo de realização da investigação, foram convidadas a participar no estudo. O procedimento foi explicado a cada criança e aos pais, pedindo-lhes o seu consentimento informado. A cada criança foi administrado o *Self-Perception Profile for Children* (SPPC) traduzido por Victor Viana<sup>17</sup>. Também se aplicou aos pais um questionário sociodemográfico. De cada criança, foram ainda registados factores de risco (FR) para PHDA, comorbilidades, Quociente de Inteligência (QI), medido pela Escala de Inteligência de Wechsler para crianças<sup>18</sup>, terapêutica que realizavam e sua data de início. Os resultados das Escalas de Conners<sup>19</sup>, previamente aplicadas, foram obtidos através do processo clínico e, com base neles, as crianças foram divididas em subtipos.

Em relação ao grupo controlo, inicialmente foi obtida autorização do Director do Agrupamento e da Coordenadora da Escola para a realização do estudo. Em seguida foi dado conhecimento do objectivo do estudo aos pais dos alunos, com obtenção do respectivo consentimento informado. Foram ainda recolhidas informações sociodemográficas e clínicas de cada aluno, nomeadamente se estariam a ser seguidos em consulta de Psicologia, Psiquiatria ou Neurodesenvolvimento ou se os seus pais sofriam de alguma doença psiquiátrica. Posteriormente, na sala de aula, cada criança foi convidada a participar no estudo, sendo-lhe explicado o procedimento e aplicado o SPPC<sup>17</sup>. Foi também solicitado ao professor informação sobre o nível de sucesso académico de cada criança, o seu comportamento e o facto de estar ou não a ter apoio escolar individualizado.

## INSTRUMENTOS

- Questionário sociodemográfico – pretende classificar os participantes em termos de idade, género e número de retenções de ano. Também visa obter informações sobre idade, profissão e nível de escolaridade dos pais, estrutura familiar, quantificação do rendimento familiar e tipo de habitação, de forma a realizar a classificação social.
- Self-Perception Profile for Children<sup>17</sup> (SPPC) – questionário com 36 questões, composto de seis subescalas utilizadas para medir o auto-conceito global das crianças e em vários domínios específicos: competência escolar, social, atlética, aparência física e comportamento. Em cada questão, as crianças têm de optar, entre duas frases, por aquela que melhor as descreve (ex. *algumas crianças não gostam da forma como se comportam* mas *outras crianças habitualmente gostam da forma como se comportam*) e, posteriormente, indicar o grau de concordância (ex. *é mesmo assim comigo* ou *é mais ou menos assim comigo*). A pontuação em cada subescala varia de um a quatro e é obtida pela média dos valores dos seis itens de cada subescala. Classificações elevadas indicam níveis elevados de auto-conceito. Neste trabalho foi utilizado o SPPC traduzido por Victor Viana. Esta escala também foi adaptada para a população portuguesa por Faria e Fontaine<sup>20</sup> e Martins et al<sup>21</sup>.
- Escala de Conners para pais e professores (versão revista/forma reduzida)<sup>19</sup> – ambas as escalas são subdivididas em quatro subescalas: A) Comportamentos de oposição; B) Problemas cognitivos/desatenção; C) Excesso de actividade motora; D) Índice de Déficit de Atenção e Hiperactividade. As crianças foram classificadas no subtipo PHDA-D se apresentavam um score padrão  $\geq 60$  na subescala B das escalas para pais e professores, mas não na C; no subtipo PHDA-H se tinham um score  $\geq 60$  na subescala C de ambas as escalas, mas não na B; e no subtipo PHDA-C, se tanto a subescala B como a C nas escalas para pais e professores eram classificadas com score  $\geq 60$ . Utilizou-se este *cut off* porque um score de 60 corresponde a um desvio padrão acima da média e para as crianças que não preencham este critério é improvável que cumpram os critérios do DSM-IV-TR<sup>22</sup>.

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados serão apresentados como média e desvio padrão (DP) para as variáveis quantitativas e número e percentagem para as variáveis categóricas. Na comparação das características demográficas por grupos, utilizou-se o teste exacto de Fisher para as variáveis categóricas, e o teste t para as quantitativas. Na comparação de médias entre os grupos principais (grupo controlo e grupo com PHDA), foi usado o teste t. O teste t é um teste paramétrico que

serve para testar hipóteses sobre médias de uma variável quantitativa. Para comparar várias amostras (subtipos de PHDA), foi utilizado o teste de Kruskal Wallis. Este é um teste não paramétrico usado para comparar várias variáveis independentes. Foram consideradas diferenças estatisticamente significativas para valores de  $p < 0.05$ . A análise estatística foi realizada com o software SPSS.

## RESULTADOS

Este estudo incluiu 102 crianças, das quais 43 apresentavam diagnóstico clínico de PHDA e 59 foram recrutadas de uma escola do ensino básico, não apresentando este diagnóstico. As crianças com PHDA tinham idades compreendidas entre os sete e os 14 anos (média de  $9,67 \pm 2.15$ ), sendo 39 (90.7%) do sexo masculino e quatro (9.3%) do sexo feminino. O grupo controlo incluiu crianças com idades entre os oito e os 11 anos (média de  $9.12 \pm 0.65$ ), do qual 30 (50.8%) eram do sexo masculino e 29 (49.2%) do sexo feminino.

Como evidenciado no quadro 1, os dois grupos eram homogéneos em termos de idade, idade e escolaridade dos pais, estrutura familiar e classe de Graffar, não se

registando diferenças estatisticamente significativas entre eles no que se refere a estas variáveis. Em relação ao género, o grupo de crianças com PHDA era diferente de forma estatisticamente significativa dos controlos, apresentando um maior número de rapazes. Quando comparadas as variáveis psicossociais, nomeadamente a existência de psicopatologia parental, os resultados encontrados não são estatisticamente significativos, apesar da maior prevalência no grupo com PHDA.

Das 43 crianças com PHDA, 83,7% estavam a fazer medicação, mais concretamente metilfenidato, e 53.5% encontravam-se a ter apoio pedagógico, nomeadamente consulta de psicologia (32.6%), apoio escolar individualizado (11.6%) ou ambos (9.3%). Aproximadamente 44% das crianças realizavam terapia múltipla, ou seja, terapêutica farmacológica e pedagógica. Como mostra a figura 1, cerca de 50% das crianças estudadas já tomavam metilfenidato há mais de um ano. O tempo de terapêutica farmacológica variou de dois meses ou menos para seis crianças até mais de 36 meses para apenas uma delas. Duas destas crianças haviam sido tratadas para depressão; sete tinham história de comportamentos agressivos e aproximadamente metade havia revelado comportamentos de oposição. Relativamente ao QI,

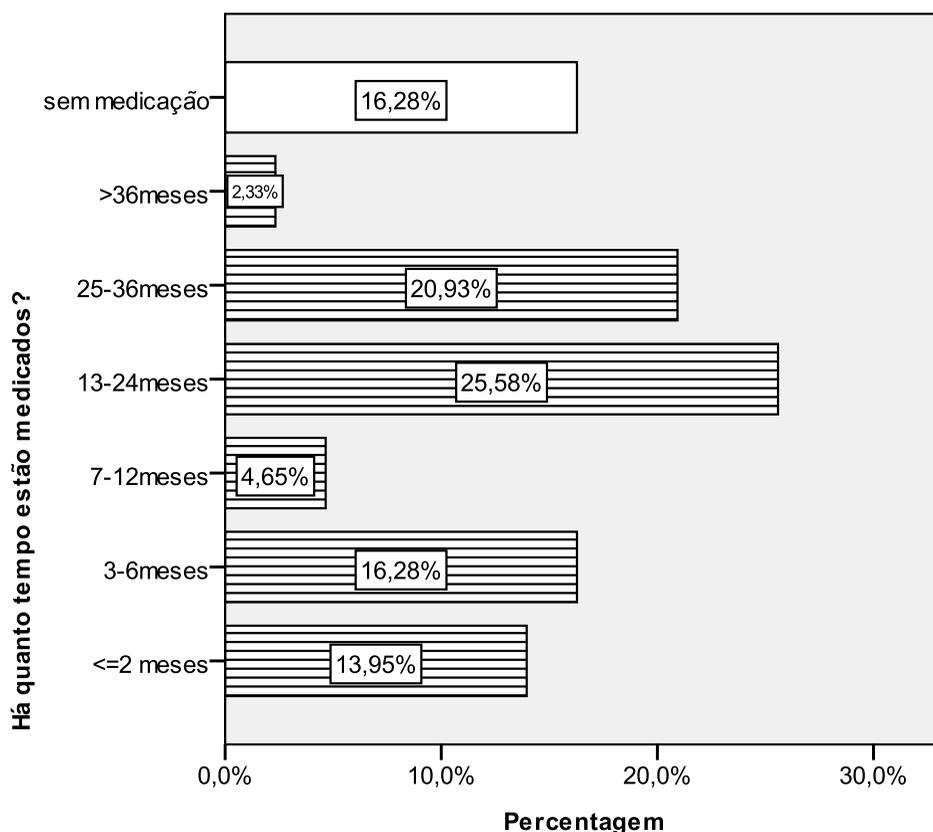


Fig. 1 – Tempo de realização da terapêutica farmacológica (metilfenidato) pelas crianças com PHDA até à data do estudo

Quadro 1. Características dos participantes

Características	PHDA, n = 43	Controlo, n = 59	P
Idade, Média (DP)	9.67 (2.15)	9.12 (0.65)	0.107*
Idade da mãe, Média (DP)	35.86 (6.10)	37.68 (4.81)	0.096*
Idade do pai, Média (DP)	38.74 (5.39)	40.64 (7.09)	0.146*
Sexo masculino, n (%)	39 (90.7)	30 (50.8)	<0.001**
Estrutura familiar, n (%)			0.866**
Uniparental	4 (9.3)	6 (10.2)	
Nuclear	34 (79.1)	48 (81.4)	
Alargada/Reconstruída	5 (11.6)	5 (8.5)	
Escolaridade mãe, n (%)			0.336**
≥ 9 anos	13 (30.2)	14 (23.7)	
< 9 anos	27 (62.8)	45 (76.3)	
Não sabe	2 (7.0)	0 (0.0)	
Escolaridade pai, n (%)			0.760**
≥ 9 anos	11 (25.6)	15 (25.4)	
< 9 anos	28 (65.1)	44 (74.6)	
Não sabe	3 (9.3)	0 (0.0)	
Escala de Graffar, n (%)			0.620**
≤ III	19 (44.2)	29 (49.2)	
> III	24 (55.8)	30 (50.8)	
Retenção de ano, n (% sim)	12 (27.9)	9 (15.3)	0.119**
Medicação, n (% sim)	36 (83.7)	0 (0)	NA
Psicoterapia, n (% sim)	14 (32.6)	0 (0)	NA
Apoio escolar, n (% sim)	5 (11.6)	0 (0)	NA
Psicoterapia + apoio, n (% sim)	4 (9.3)	0 (0)	NA
Psicopatologia parental, n (% sim)	6 (14.0)	3 (5.08)	0.162**

PHDA: Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção; NA: Não se aplica por metodologia do estudo; \* Teste t; \*\* Teste exacto de Fisher

aproximadamente 2/3 das crianças com PHDA apresentava valores compreendidos entre 85 e 115; uma tinha valores superiores a 115 e 11 apresentavam QI entre 70 e 85. Quatro das crianças estudadas não tinham realizado este teste. Nenhuma das crianças do grupo controlo estava a receber apoio escolar especial ou apresentava alguma das comorbilidades estudadas. O grupo controlo não foi estudado no que se refere ao QI. Em termos de retenção de ano, as diferenças não são estatisticamente significativas, apesar das crianças com PHDA apresentarem maior número de reprovações. Em ambos os grupos, apenas uma das crianças estudadas tinha reprovado mais de uma vez.

No quadro 2, estão discriminados alguns dos FR das crianças com PHDA que são comumente associados a esta patologia. De notar que 30.2% apresentava algum dos FR pessoais estudados e 27.9% algum dos FR psicossociais. Os três casos de complicações durante a gravidez reportados consistem em trombocitopenia idiopática, placenta prévia e pré-eclâmpsia. Relativamente à psicopatologia parental, foram descritos quatro casos de patologia depressiva materna, um de atraso cognitivo e acompanhamento psiquiátrico paterno e um de doença bipolar paterna e patologia depressiva materna. Contudo, 53.5% destas crianças não apresentava nenhum dos factores de risco

considerados.

Da análise comparativa (quadro 3), verificou-se uma diferença estatisticamente significativa no auto-conceito relativo à competência escolar e ao comportamento, com uma média inferior no grupo de crianças com PHDA. Estas crianças também apresentavam médias inferiores em todos os outros domínios analisados, mas não de forma estatisticamente significativa. Tendo em conta as diferenças encontradas entre os dois grupos relativamente ao género, procedeu-se à análise estatística incluindo apenas rapazes (quadro 4). Os resultados encontrados foram semelhantes. Não foi possível comparar apenas raparigas devido ao reduzido número de raparigas com PHDA estudadas.

As crianças com PHDA, como já referido, foram divididas em três grupos, tendo em conta a Escala de Conners: 11 pertenciam ao subtipo PHDA-D, 12 ao PHDA-H e 15 ao PHDA-C. Na figura 2, estão discriminadas algumas características e comorbilidades destas crianças. O subtipo PHDA-D concentrava a maioria das crianças com QI inferior a 85, assim como aquelas que apresentaram maior taxa de reprovações. Pelo contrário, os comportamentos agressivos e de oposição foram mais vezes reportados nas crianças PHDA-H e PHDA-C.

Na comparação entre médias de auto-conceito por subtipos (quadro 5), os resultados encontrados não foram estatisticamente significativos, mas convém realçar alguns aspectos. As crianças PHDA-D apresentavam um auto-conceito menor do que as PHDA-H em todos os domínios, excepto no comportamento e na aparência física. Quando se compararam as crianças PHDA-H e PHDA-C com os controlos, as diferenças apenas foram significativas no que se refere ao comportamento ( $p < 0.001$  e  $p = 0.014$  respectivamente). Em relação ao grupo com PHDA-D, este apresentou um menor auto-conceito do que os controlos a nível do comportamento ( $p = 0.005$ ), da competência atlética ( $p = 0.014$ ) e escolar ( $p = 0.005$ ), de forma estatisticamente significativa.

## DISCUSSÃO

A importância do estudo da PHDA é determinada, em parte, pela sua elevada prevalência e pela possibilidade de repercussão no desenvolvimento futuro das crianças. Em Portugal, só recentemente se começou a despertar para esta problemática e novos estudos são necessários de forma a melhor orientar estas crianças que são, frequentemente,

Quadro 2: Comorbilidades e Factores de Risco das crianças com PHDA

	PHDA – D, n = 11 N (%)	PHDA – H, n = 12 N (%)	PHDA – C, n = 15 N (%)	PHDA, n = 43 N (%)
<b>Comorbilidades</b>				
História de depressão	1 (9.1)	0 (0)	0 (0)	2 (4.7)
Comportamentos agressivos	0 (0)	0 (0)	6 (40)	7 (16.3)
Comportamentos de oposição	2 (28.6 <sup>a</sup> )	6 (54.5 <sup>a</sup> )	8 (66.7 <sup>a</sup> )	16 (53.3 <sup>a</sup> )
<b>Factores de Risco</b>				
<b>Pessoais</b>				
Tabagismo na gravidez	3 (27.3)	0	1 (6.7)	4 (9.3)
Complicações na gravidez	2 (18.1)	1 (8.3)	0	3 (6.9)
Prematuridade	1 (9.1)	1 (8.3)	0	2 (4.7)
RCIU	1 (9.1)	0	2 (13.3)	3 (7.0)
Sífilis congénita + consumo de droga na gravidez	0	0	1 (6.7)	1 (2.3)
Nenhum	5 (45.4)	10 (83.3)	11 (73.3)	30 (69.8)
<b>Psicossociais</b>				
Família conflituosa	1 (9.1)	1 (8.3)	1 (6.7)	3 (6.9)
Psicopatologia parental	3 (27.3)	2 (16.7)	1 (6.7)	6 (13.9)
Progenitor com mesmo Dx	3 (27.3)	1 (8.3)	1 (6.7)	5 (11.6)
Nenhum	6 (54.5)	8 (66.7)	12 (80)	31 (72.1)
<b>Nenhum Factor de Risco</b>	3 (27.3)	6 (50.0)	9 (60.0)	23 (53.5)

PHDA – D: Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção, Subtipo predominantemente Desatento; PHDA – H: Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção, Subtipo predominantemente Hiperactivo/ Impulsivo; PHDA – C: Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção, Subtipo Combinado; PHDA: Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção; Dx: Diagnóstico; <sup>a</sup> o número estudado é inferior ao do subgrupo inicial.

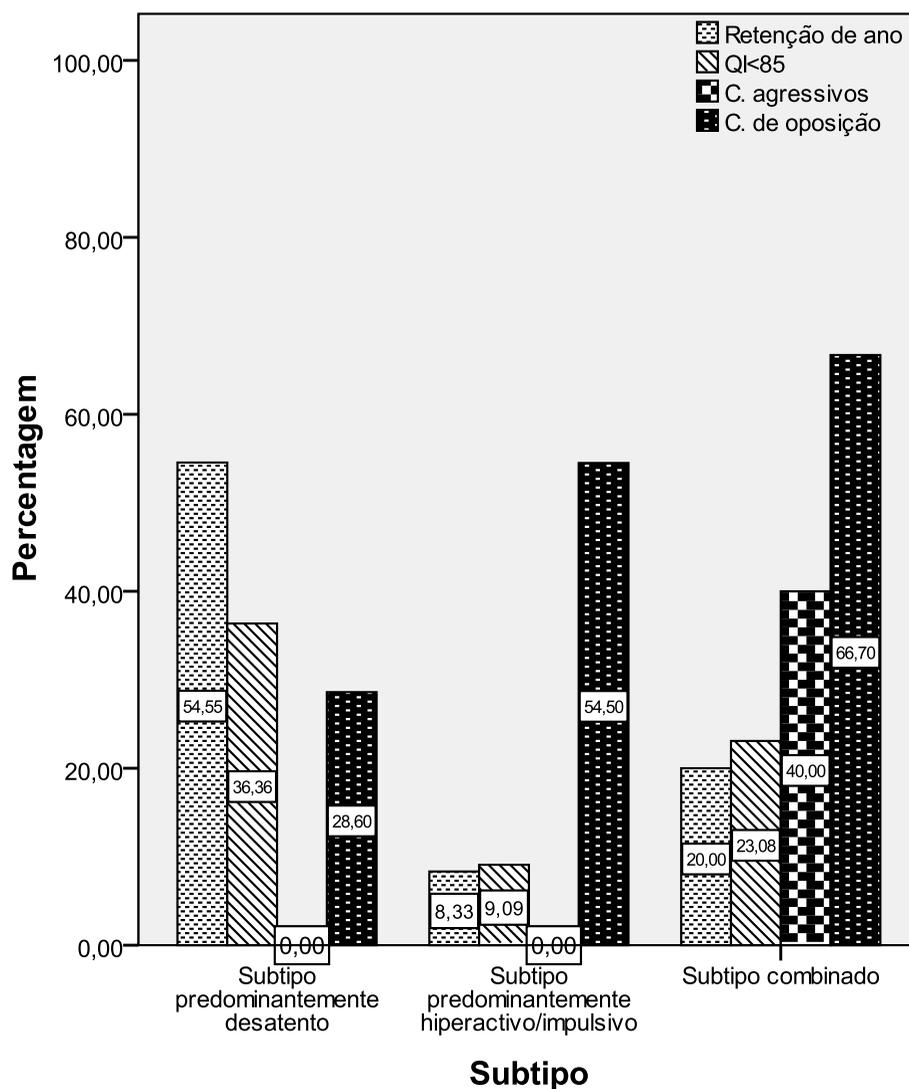


Fig. 2 – Retenção de ano, QI e comportamento nas crianças com PHDA, consoante os subtipos

Quadro 3. Auto-conceito em crianças com PHDA e grupo controlo, teste t

Domínio	Crianças com PHDA, n = 43 Média (DP)	Grupo Controlo, n = 59 Média (DP)	P
Competência escolar	2.56 (0.57)	2.84 (0.66)	<b>0.028*</b>
Competência social	3.04 (0.58)	3.07 (0.62)	0.800
Competência atlética	2.72 (0.68)	2.77 (0.49)	0.658
Aparência física	3.24 (0.70)	3.25 (0.69)	0.947
Comportamento	2.09 (0.74)	2.81 (0.64)	<b>&lt;0.001*</b>
Auto-estima global	3.17 (0.59)	3.23 (0.62)	0.622

PHDA – Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção; \* p < 0.05

Quadro 4. Auto-conceito em rapazes com PHDA e rapazes sem este diagnóstico, teste t

Domínio	Crianças com PHDA, n = 39 Média (DP)	Grupo Controlo, n = 30 Média (DP)	P
Competência escolar	2,56 (0,59)	2,96 (0,62)	<b>0,008*</b>
Competência social	3,07 (0,60)	3,08 (0,55)	0,915
Competência atlética	2,75 (0,70)	2,86 (0,45)	0,419
Aparência física	3,25 (0,69)	3,36 (0,63)	0,485
Comportamento	2,06 (0,75)	2,92 (0,54)	<b>&lt;0,001*</b>
Auto-estima global	3,19 (0,61)	3,32 (0,60)	0,387

PHDA – Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção; \* p <0.05

Quadro 5. Auto-conceito em crianças com PHDA consoante o subtipo, teste Kruskal Wallis

Domínio	PHDA – D, n=11 Média (DP)	PHDA – H, n = 12 Média (DP)	PHDA – C, n=15 Média (DP)	P
Competência escolar	2.23 (0.56)	2.81 (0.51)	2.53 (0.62)	0.082
Competência social	2.95 (0.46)	3.07 (0.82)	3.06 (0.45)	0.591
Competência atlética	2.33 (0.70)	2.82 (0.65)	2.69 (0.60)	0.196
Aparência física	3.26 (0.84)	3.08 (0.93)	3.24 (0.44)	0.714
Comportamento	2.21 (0.57)	1.85 (0.63)	2.17 (0.87)	0.325
Auto-estima global	3.15 (0.56)	3.36 (0.59)	2.93 (0.59)	0.117

PHDA – D: Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção, Subtipo predominantemente desatento; PHDA – H: Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção, Subtipo predominantemente Hiperactivo/ Impulsivo; PHDA – C: Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção, Subtipo Combinado;

encaradas como mal-educadas, preguiçosas e arrogantes. O seu comportamento turbulento atrai, muitas vezes, sentimentos negativos e punições. São o *aluno que não quer aprender* ou o *filho que não se consegue educar*. Mas será que estas crianças estão contentes com o seu comportamento e o seu percurso escolar? Ou pelo contrário, têm consciência das suas dificuldades e insucessos? Considerar-se-ão superiores aos outros, como muitos pensam ou, no fundo, só desejariam ser iguais?

Os resultados encontrados sugerem que as crianças com PHDA se auto-percebem de forma diferente das outras da mesma idade, sendo a percepção da sua competência escolar e principalmente do seu comportamento o que mais as diferencia. A diferença estatisticamente significativa a nível da competência escolar, com as crianças com PHDA a apresentarem um auto-conceito mais negativo, indica que elas reconhecem as suas dificuldades na sala de aula e sentem que não são tão inteligentes, nem tão capazes como os seus pares. Além disso, elas também percebem que o seu comportamento não é o mais adequado, agindo, muitas vezes, de maneira diferente daquilo que se espera delas. Um baixo nível na subescala comportamento e o facto de ser aquele em que os resultados são estatisticamente mais significativos vai, assim, ao encontro do facto de ser o seu comportamento errático que mais vezes chama

a atenção. Nas restantes subescalas, apesar das crianças com PHDA se auto-percepcionarem de forma inferior às sem esta patologia, os resultados não são estatisticamente significativos. Também no auto-conceito global não parecem diferir das restantes, o que indica, que apesar de reconhecerem as suas dificuldades, elas acabam, de alguma maneira, por não se considerarem piores, nem desejarem ser diferentes. Tal poderá ser explicado pelo viés ilusório positivo, que muitas vezes é associado à auto-percepção destas crianças, segundo o qual, apesar das constantes dificuldades e críticas, o seu auto-conceito global não é afectado.

Sendo assim, os nossos resultados vão parcialmente ao encontro de outros estudos já realizados. Dumas<sup>9</sup> e Evangelista<sup>23</sup> referiram que as crianças com PHDA apresentam um auto-conceito mais negativo de forma estatisticamente significativa no que se refere à competência escolar, social e ao comportamento. Também Barber<sup>7</sup> e Hoza<sup>14</sup> encontraram diferenças estatisticamente significativas na subescala comportamento entre os dois grupos, sendo menor nas crianças com PHDA.

O motivo pelo qual o nosso estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na competência social pode residir no facto deste estudo praticamente só incluir rapazes no grupo de crianças com

PHDA e os problemas sociais serem mais frequentes nas raparigas<sup>24</sup> ou ainda na dimensão da amostra. Além disso, algumas das crianças com PHDA já usufruíam de apoio psicopedagógico o que as ajuda a desenvolver competências sociais e a ter relações satisfatórias com os pares e familiares<sup>25</sup>. O auto-conceito superior na competência atlética nas crianças com PHDA evidenciada em alguns estudos<sup>7,9,14,23</sup> também não vai ao encontro do que encontramos. Contudo, em ambos os estudos os resultados não são estatisticamente significativos o que indica que, provavelmente, esta não é uma área em que os grupos sejam diferentes. Assim, o facto destas crianças aparentemente não se sentirem inferiorizadas a este nível poderá ser usado como reforço positivo, levando-as a participar em actividades desportivas de equipa, onde são tão boas como os companheiros<sup>25</sup>.

No que concerne ao estudo dos diferentes subtipos, não é possível fazer grandes generalizações, na medida em que a amostra é reduzida, e a escala de Conners não está inteiramente de acordo com o DSM-IV-TR. Contudo, há estudos que sugerem que ambos podem ser utilizados com este propósito<sup>22,26</sup>.

Relativamente à comparação das comorbilidades, as crianças PHDA-H e PHDA-C concentram a maioria dos casos de comportamentos agressivos e de oposição (este último evidenciado em cerca de 50%) e as do subtipo PHDA-D manifestam maiores dificuldades cognitivas, o que está de acordo com o DSM-IV-TR<sup>2</sup>. Tal poderá sugerir que o subtipo PHDA-D é aquele que tem maior repercussão no futuro académico e profissional, enquanto as crianças marcadas pela hiperactividade apresentarão uma maior tendência para comportamentos disruptivos e problemas sociais.

Em relação à comparação de médias de auto-conceito por subtipos, os resultados encontrados, apesar de não serem estatisticamente significativos, vão ao encontro do referido por Owens<sup>16</sup>. Também no presente estudo, é na competência escolar que as diferenças entre os subtipos são mais evidentes, sendo consistente com a ideia que as crianças PHDA-D têm mais dificuldade que as com os outros subtipos neste domínio<sup>2,27</sup>. Ainda de acordo com este estudo, está o facto das crianças PHDA-D apresentarem níveis mais baixos de auto-conceito, estatisticamente significativos relativamente aos controlos, na competência escolar e comportamento, enquanto as com os outros subtipos têm níveis mais baixos apenas no comportamento. Tal enfatiza que é no comportamento que as crianças marcadas pela hiperactividade sentem as maiores dificuldades, enquanto aquelas onde a desatenção é mais evidente se sentem inferiores a nível académico/escolar.

Este estudo apresenta algumas limitações. Uma delas é o grupo com PHDA praticamente só incluir rapazes e o grupo controlo ter rapazes e raparigas em proporções semelhantes. Contudo, ao comparar separadamente apenas

os rapazes, os resultados permanecem estatisticamente significativos. Outra limitação prende-se com o facto do grupo controlo não ter sido avaliado objectivamente quanto ao QI e à presença de PHDA. No entanto, nenhuma criança estava a ser seguida em consulta de psicologia ou de psiquiatria ou tinha comportamentos compatíveis com PHDA, o que torna pouco provável este diagnóstico. Além disso, segundo as professoras, nenhuma criança apresentava dificuldades cognitivas ou precisava de acompanhamento, situando a maioria delas num nível académico satisfatório, apesar de existirem casos de reprovações. O grupo com PHDA também não foi avaliado objectivamente no que respeita a sintomas depressivos ou agressivos, que poderiam ser factores confundidores. Contudo, tendo em conta que estas crianças estão a ser acompanhadas em consulta multidisciplinar, estes seriam facilmente perceptíveis e o número reportado foi reduzido, não parecendo suficiente para alterar os resultados. De referir ainda que a maioria das crianças com PHDA já se encontrava a fazer medicação, o que poderá ter influenciado os resultados, pois há estudos que afirmam que a terapia farmacológica melhora a sintomatologia<sup>28</sup>, o que poderá aumentar os sentimentos de competência. Outros estudos, no entanto, põem em causa esta melhoria no auto-conceito consequente à medicação<sup>29</sup>. Por fim, de referir, o reduzido número da amostra.

Serão pois importantes estudos longitudinais e com amostras maiores, de forma a melhor compreender o impacto das terapias farmacológica e pedagógica.

## CONCLUSÕES

Este estudo fornece uma melhor compreensão sobre o auto-conceito das crianças com PHDA e o modo como a severidade dos sintomas de desatenção ou hiperactividade/impulsividade poderá alterar as suas percepções. Tal como descrito na bibliografia internacional, as nossas crianças com PHDA sentem-se inferiorizadas, principalmente em relação às suas competências escolares e de comportamento, sendo importante identificá-las e iniciar intervenções que lhes devolvam a confiança em si próprias e promovam comportamentos socialmente mais aceites. Os pais, médicos, psicólogos e professores devem ter consciência que estas crianças têm noção das suas limitações, e necessitam de todo o suporte possível para desenvolver as suas competências e se tornarem adultos saudáveis.

## AGRADECIMENTOS

A Armando Teixeira-Pinto pela ajuda na análise estatística. Serviço de Bioestatística e Informática Médica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

## REFERÊNCIAS

1. SPENCER T: Chapter 35. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, Leckam JF. *Current Diagnosis & Treatment: Psychiatry. USA.* McGraw-Hill Companies. 2008
2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR.* Washington, DC: American Psychiatric Association 2000; 85, 88, 90
3. ROSENBERG M: *Society and the adolescent self-image.* Princeton: Princeton University Press 1965; 30
4. HARTER S, WHITESEL NR: Beyond the debate: why some adolescents report stable self-worth over time and situation, whereas others report changes in self-worth. *J pers* 2003; 71:1027- 1058
5. HARTER S: A model of mastery motivation in children; Individual differences and developmental change. In Collins WA. *Aspects of the development of competence.* Hillsdale, NJ: Erlbaum 1981; 218
6. TREUTING JJ, HINSHAW SP: Depression and self-esteem in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. *J Abnorm Child Psychol* 2001; 29: 23-39
7. BARBER S, GRUBBS L, COTTRELL B: Self-perceptions in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Ped Nurs* 2005; 4: 235-45
8. EDBOM T, LICHTENSTEIN P, GRANLUND M, LARSSON JO: Long-term relationships between symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. *Acta Paediatr* 2006; 95: 650-57
9. DUMAS D, PELLETIER L: A study of self-perception in hyperactive children. *MCN Am J Matern Child Nurs* 1999; 24(1):12-19
10. EGAN SK, PERRY DG: Does low self-regard invite victimization? *Dev Psychol* 1998; 34: 299- 309
11. GENTSCHER DA, MCLAUGHLIN TF: Attention Deficit Hyperactivity Disorder as a Social Disability: Characteristics and Suggested Methods of Treatment. *J Developm Phys Disab* 2000; 12(4):333-347
12. HOZA B, GERDES AC, HINSHAW SP, et al: Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 382-391
13. HOZA B, PELHAM WE, DOBBS J, OWENS JS, PILLOW DR: Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *J Abnorm Psychol* 2002; 111: 268-278
14. HOZA B, PELHAM WE, MILICH R, PILLOW D, MCBRIDE, K: The self-perceptions and attributions of attention deficit hyperactivity disordered and nonreferred boys. *J Abnorm Child Psychol* 1993; 21:271-286
15. OWENS JS, GOLDFINE ME, EVANGELISTA NM, HOZA B, KAISER NM: A Critical Review of Self-perceptions and the Positive Illusory Bias in Children with ADHD. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2007 ; 10:335-351
16. OWENS JS, HOZA B: The role of inattention and hyperactivity/impulsivity in the positive illusory bias. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71:680- 691
17. HARTER S: *Manual for the self-perception profile for children.* Denver: University of Denver, 1985 traduzido para a língua portuguesa com autorização da autora por VIANA V;
18. WECHSLER D: *Escala de Inteligência de Wechsler para crianças – III, WISC-III.* Lisboa: CEGOC – Investigação e Publicações Psicológicas 2004
19. CONNERS K: *Conners' Rating Scales-Revised: Instruments for use with children and adolescents.* North Tonawanda: Multi-Health Systems Inc. 1997 adaptado para a população portuguesa por MELO AIANR;
20. FARIA LMS, FONTAINE AMGV: *Adaptação do Self-Perception Profile for Children (SPPC) de Harter a crianças e pré-adolescentes.* *Psicologia* 1995; 10(3): 129-142
21. MARTINS MA, PEIXOTO F, MATA L, MONTEIRO V: Escala de auto-conceito para crianças e pré-adolescentes de Susan Harter. In Almeida LS, Simões MR, Gonçalves MM, eds. *Provas Psicológicas em Portugal.* Braga. Associação dos Psicólogos Portugueses 1995; 79-89
22. CHARACH A, CHEN S, HOGG-JOHNSON S, SCHACHAR R: Using the Conners' Teacher Rating Scale—Revised in School Children Referred for Assessment. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 232-240
23. EVANGELISTA NM, OWENS JS, GOLDEN CM, PELHAM WE: The Positive Illusory Bias: Do Inflated Self-Perceptions in Children with ADHD Generalize to Perceptions of Others? *J Abnorm Child Psychol* 2008; 36:779-791
24. QUINN P, WIGAL S: Perceptions of girls and ADHD: results from a national survey. *Med Gen Med* 2004; 6 (2)
25. SMUCKER WD, HEDAYAT M: Evaluation and treatment of ADHD. *Am Fam Physician* 2001; 64 (5): 817-29
26. HALE JB, HOW SK, DEWITT MB, COURTY DL: Discriminant Validity of the Conners' Scales for ADHD Subtypes. *Current Psychology* 2001; 20: 231-249.
27. WOLRAICH ML, HANNAH JN, PINNOCK TY, BAUMGAERTEL A, BROWN: Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 319-324
28. THE MTA COOPERATIVE GROUP: A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:1073-1086
29. BUSSING R, ZIMMA B, PERWIEN A: Self-Esteem in Special Education Children With ADHD: Relationship to Disorder Characteristics and Medication Use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 29(10): 1260-1269