



Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA-
Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias N°. 84 de 22.12.94
da Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de
Nível Superior - CAPES e No. 694 de 13.06.95 do Ministério da Educação e do
Desporto. Doutorado autorizado em 1999.

**PERFIL COGNITIVO, PERCEPÇÃO DE COMPETÊNCIA DE CRIANÇAS
COM E SEM TDAH E A COERÊNCIA COM O RELATO DA PERCEPÇÃO
DOS PAIS.**

Ana Paula Pureza Pantoja

Belém

2019



Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA-
Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias Nº. 84 de 22.12.94
da Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de
Nível Superior - CAPES e No. 694 de 13.06.95 do Ministério da Educação e do
Desporto. Doutorado autorizado em 1999.

**PERFIL COGNITIVO, PERCEPÇÃO DE COMPETÊNCIA DE CRIANÇAS
COM E SEM TDAH E A COERÊNCIA COM O RELATO DA PERCEPÇÃO
DOS PAIS.**

Ana Paula Pureza Pantoja

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Teoria e
Pesquisa do Comportamento como requisito
parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Teoria e Pesquisa do Comportamento

Área de Concentração: Ecoetologia
Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Simone Souza da Costa Silva

Belém

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
UFPA/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento – BIBLIOTECA

P198p Pantoja, Ana Paula Pureza, 1992-

Perfil cognitivo, percepção de competência de crianças com e sem TDAH e a coerência com o relato da percepção dos pais / Ana Paula Pureza Pantoja. — 2019.
110f. il.

Orientador: Simone Souza da Costa Silva

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2019.

1. Análise do comportamento. 2. Ecoetologia. 3. Crianças com transtorno neurológico. 4. Cognição - Psicologia. 5. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). 6. Crianças (perfil cognitivo). 7. Crianças - percepção de competências. I. Título.

CDD - 23. ed. 618.928589

Catalogação na fonte: Maria Célia Santana da Silva - CRB2/780

**O presente trabalho foi realizado com apoio da
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível
Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.**

**This study was financed in part by the Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil
(CAPES) - Finance Code 001.**

**Ana Paula Pureza Pantoja, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do
Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém-PA, Brasil.**

Contato: Ana Paula Pureza Pantoja

Mail: paulapantoja1807@hotmail.com



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento - NTPC
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do
Comportamento - PPGTPC
Mail: secretaria.ntpc@ufpa.br
Site: www.ufpa.br/ppgtpc
CEP: 66075-110, Guamá, Belém, PA
Fones: 32018542 / 32016470

Dissertação de Mestrado

“Perfil Cognitivo, Percepção de Competência de Crianças Com e Sem TDAH e a Coerência com o Relato da Percepção dos Pais”.

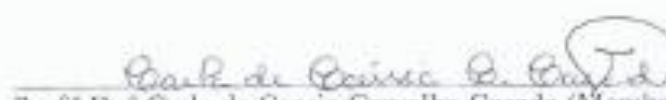
Aluna: Ana Paula Pureza Pantoja.

Data da Defesa: 29 de agosto de 2019

Resultado: Aprovada.

Banca Examinadora:


Prof.ª Dr.ª Simone Souza da Costa Silva (Orientadora - UFPA).


Prof.ª Dr.ª Carla de Cassia Carvalho Casado (Membro 1 - UFPA).


Prof.ª Dr.ª Elzeu Coutinho de Macedo (Membro 2 - Mackenzie, via skype).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
1.1. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).....	09
1.2. Perfil Cognitivo no TDAH.....	15
1.3. Percepção de Competência e Autopercepção imprecisas: supervalorização e subestimação das competências em crianças com TDAH.....	19
2. OBJETIVO.....	27
2.1. Objetivo Geral.....	27
2.2 Objetivos Específicos.....	27
3. METODOLOGIA.....	28
3.1. Desenho do Estudo.....	28
3.2. Ambiente.....	28
3.3. Participantes.....	28
3.4. Instrumentos.....	30
3.5 Procedimentos.....	36
4. RESULTADOS.....	46
4.1. Perfil Sócio demográfico e Clínicos.....	46
4.2. Perfil Cognitivo.....	49
4.3. Perfil da Percepção de Competência.....	50
4.4. Relação entre o Perfil Cognitivo e Percepção de Competência.....	51
4.5. Nível de coerência entre a percepção de competência das crianças e o relato da percepção de seus pais.....	57
4.6. Relação entre o perfil cognitivo e o nível de coerência entre a percepção de competência das crianças e o relato da percepção dos pais.....	58
5. DISCUSSÃO.....	64
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	76
Apêndice A.....	101
Apêndice B.....	102
Apêndice C.....	105
Apêndice D.....	106
Apêndice E.....	107
Apêndice F.....	110

Lista de Tabelas

Tabela 1 Sintomas do TDAH segundo o DSM-V.....	11
Tabela 2 Descrição dos subteste do WISC-IV utilizados na presente pesquisa.....	35
Tabela 3 Interpretação qualitativa do QI e dos índices fatoriais da WISC-IV.....	36
Tabela 4 Síntese das análises estatísticas realizadas conforme os objetivos do estudo.....	45
Tabela 5 Quantidade e Percentual das Características das crianças do GE e GC.....	47
Tabela 6 Mínimo, Médio e Máximo da variável relacionada à Idade do GE e GC....	48
Tabela 7 Quantidade e Percentual das Características dos responsáveis das crianças do GE e GC.....	48
Tabela 8 Estatísticas Resultantes da Aplicação do Teste <i>t</i> para comparação de médias do ponto composto, do GE e GC, das variáveis que compõem o WISC-IV (Compreensão Verbal; Organização Perceptual; Memória Operacional; Velocidade de Processamento; QI Total).....	50
Tabela 9 Estatísticas Resultantes da Aplicação do Teste Qui-quadrado para comparar a prevalência nas variáveis qualitativas do GE e GC, das variáveis que compõem a percepção de competência quando inferior, moderada e alta nos domínios Aceitação Social, Competência Motora, Aparência Física, Conduta Comportamental, Competência Acadêmica e Autoconceito Geral.....	51
Tabela 10 Resíduos e Níveis de Confiança (entre parênteses), resultantes da aplicação da técnica de Análise de Correspondência as variáveis relacionadas a Percepção de Competência e o WISC do GE e GC: Compreensão Verbal; Organização Perceptual; Memória Operacional; Velocidade de Processamento; QI, Aceitação Social, Competência Motora e Aparência Física.....	55
Tabela 11 Estatísticas Resultantes da Aplicação do Teste Qui-quadrado para comparar a prevalência nas variáveis qualitativas do GE e GC, das variáveis que compõem a coerência da percepção de competência quando incoerência inferior da criança, coerência criança-pai e incoerência superior criança nos domínios Aceitação Social, Competência Motora, Aparência Física, Conduta Comportamental e Competência Acadêmica.....	58
Tabela 12 Resíduos e Níveis de Confiança (entre parênteses), resultantes da aplicação da técnica de Análise de Correspondência as variáveis relacionadas ao nível de coerência entre relato de percepção de competência de crianças do GE e GC e percepção paralela de seus pais: Compreensão Verbal; Organização Perceptual; Memória Operacional; Velocidade de Processamento; QI, Aceitação Social, Competência Motora e Aparência Física.....	62

Lista de Figuras

Figura 1 Representação esquemática da Teoria da Motivação para a Competência de Susan Harter.....	21
Figura 2 Representação esquemática dos impactos de elevadas e baixas percepções de competências nas atividades e desenvolvimento infantil.....	22
Figura 3 Síntese das etapas da coleta.....	36

Pantoja, A. P. P. (2019). Perfil cognitivo, percepção de competência de crianças com e sem TDAH e a coerência com o relato da percepção dos pais. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil, 112 páginas.

RESUMO

O objetivo desta dissertação foi investigar a relação entre o perfil cognitivo, a autopercepção de competência e o nível de coerência da percepção de competência de crianças com e sem TDAH com a percebida pelos seus pais. Participaram 30 crianças com TDAH e 30 crianças no grupo controle, entre 8 a 12 anos. A Self-perception Profile for children (SPPC) foi preenchida pelas crianças para avaliar a percepção de competência, a Teacher's Rating Scale of The Student's Actual Behavior (TRS) foi respondida pelos pais para a percepção de competência de seus filhos e o perfil cognitivo foi avaliado pelo WISC-IV. Os resultados apontam, para ambos os grupos, que os rendimentos altos em componentes do WISC-IV implicaram em elevadas percepções de competências, assim como coerência do relato da autopercepção da criança com a percepção do pai. As pontuações baixas nos índices do WISC-IV se associavam a baixas percepções de competências, assim como relatos incoerentes com a percepção dos pais. Para as crianças com TDAH, a competência de conduta comportamental foi relacionada ao perfil cognitivo com maior significância do que para as crianças sem o transtorno. Os achados deste estudo reforçam a necessidade de compreender como as crianças constroem suas percepções sobre suas habilidades, e como os processos cognitivos perpassam por essa percepção.

Palavras-Chaves: TDAH, Cognição; Percepção de competências; viés ilusório positivo (VIP); Criança.

Pantoja, A. P. P. (2019). Cognitive profile, perception of competence of children with and without ADHD and consistency with the report of parental perception. Masters dissertation. Graduate Program of Theory and Research of Behaviour. Belém-Pa: Federal University of Pará, 112 pages.

ABSTRACT

The goal of this dissertation was to investigate the association between cognitive profile, self-perception of competence and the level of coherence of the perception of competence of children with and without ADHD with that perceived by their parents. Thirty children with ADHD and 30 children in the control group, aged 8 to 12 years, 86.67% participated in the research. The Self-perception Profile for children (SPPC) was completed by the children to assess the perception of competence, the Teacher's Rating Scale of the Student's Current Behavior (TRS) was answered by parents for their children's perception of competence and the cognitive profile was assessed by WISC-IV. The results revealed, for both groups, that the high yields on WISC-IV components implied high competency perceptions, as well as the coherence of the child's self-perception report with the father's perception. Low scores in WISC-IV were associated with poor perceptions of competencies, as well as inconsistent reports with parental perceptions. For children with ADHD, behavioral competence was related to cognitive profile with greater significance than for children without the disorder. The findings of this study indicate the need to understand how children build their perceptions and judgments about their abilities and aptitudes, and how cognitive processes permeate this perception.

Keywords: ADHD, Cognition; Perception of competence; Positive Illusory Bias (PIB); Child.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio do desenvolvimento neurobiológico caracterizado pela presença de problemas marcantes quanto à desatenção, desorganização e/ou hiperatividade/impulsividade mais comum da infância. (American Academy of Pediatrics, [APA], 2013; Dumas, 2011; Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017). Esse quadro de características repercute no desenvolvimento do indivíduo e influencia negativamente na qualidade do desempenho nas atividades cotidianas comuns, tornando as crianças afetadas incapazes de ajustar seu comportamento às demandas de determinada situação (Sadock, et al., 2017).

Em 1775, houve os primeiros relatos médicos sobre sinais de crianças e adultos com níveis anormais de atenção, escrito pelo médico alemão Melchior Adam Weikard no terceiro capítulo do seu livro “Falta de Atenção”- *Attention volubilis*. Para o autor, esses indivíduos eram facilmente distraídos e apresentavam falta de perseverança e persistência, sendo caracterizados como incautos, descuidados e volúveis (Barkley & Peters, 2012).

No entanto, o pediatra britânico George Still é considerado por muitos estudiosos o ponto de partida científico da história do TDAH. Em 1902, Still publicou um estudo com 43 crianças da sua prática clínica com dificuldades relacionadas à atenção sustentada, impulsividade quanto a algum objetivo imediato, desobediência, entre outras características, o que foi denominado de “defeito no controle moral”. Acreditava-se que esse conjunto de comportamentos poderia ser provocado por alguma lesão cerebral, e a demonstração de uma conexão entre danos cerebrais e comportamentos desviantes nas crianças foram muito influentes no que diz respeito à

posterior conceptualização do TDAH (Lange, et al., 2010; Taylor, 2011; Baumeister, Henderson, Pow, & Advokat, 2012).

Ao longo do século XX, “dano cerebral mínimo”, “disfunção cerebral mínima”, “distúrbio cerebral mínimo”, “hipercinesia” ou simplesmente a “síndrome da criança hiperativa” estão entre os muitos termos diferentes usados para se referir ao transtorno (Martinez-Badía & Martinez-Raga, 2015). Em 1987, as pesquisas que subsidiaram a revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua terceira edição (DSM-III-R) e quarta edição (DSM-IV), consolidaram o termo “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade”, que é o utilizado até os tempos atuais (APA, 1987, 1994). Atualmente, na sua quinta edição, o DSM-V incluiu o TDAH na categoria “transtornos do neurodesenvolvimento” (APA, 2013).

O TDAH se configura como um dos transtornos psiquiátricos mais comuns em crianças, com uma prevalência variando de 2.7% a 31.1%, com média de 11.26%, de acordo com o estudo que levantou dados em 23 países (Hora, et al., 2015). Corroborando com esses dados, uma meta-análise mais recente, também aponta dados em torno de 11%. (Bronsard et al., 2016). Já Polanczyk, et al. (2015) defendem uma taxa de 3,4% de crianças e adolescente em 27 países diferentes. Essa grande heterogeneidade de resultados, podem ser explicados pela variabilidade de avaliação, de convenção diagnóstica e o tamanho das amostras. No Brasil, estima-se que o TDAH atinja cerca de 5,1% das crianças em idade escolar (Arruda, Querido, Bigal, & Polanczyk, 2015).

Quanto às diferenças entre gêneros, a literatura aponta uma predominância do TDAH em crianças e adolescentes do sexo masculino, no entanto, existe uma variação importante. Estudos que analisam dados a partir de centros referenciados de tratamento

relatam uma taxa de 9:1, enquanto que pesquisas realizadas com as amostras da comunidade identificaram prevalência de 3:1 (Polanczyk e Jensen, 2008).

O diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico, baseando-se em critérios operacionais claros e bem definidos, estabelecidos em sistemas classificatórios como o DSM-V (Sadock et al., 2017). Ainda há um diagnóstico equivalente do transtorno fornecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio da Classificação Internacional de Doenças – CID-10, como Transtorno Hiperkinético (OMS, 1993).

O DSM-V, como principal instrumento diagnóstico utilizado para o TDAH, cita cinco critérios a serem considerados no diagnóstico: 1. Pelo menos seis sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade devem persistir durante pelo menos seis meses a um ponto inconsistente com o desenvolvimento normal. 2. Alguns sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos de idade. 3. Algum prejuízo causado pela presença de sintomas em dois ou mais contextos (p. ex., na escola e em casa). 4. A deficiência deve ser clinicamente significativa em relação ao desempenho social, acadêmico ou ocupacional. 5. Não devem ocorrer exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro distúrbio psicótico (APA, 2014). A tabela 1 apresenta os sintomas do TDAH segundo o DSM-V:

Tabela 1: Sintomas do TDAH segundo o DSM-V.

Desatenção
- Não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades. - Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas. - Parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente. - Não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho.

-
- Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.
 - Evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado.
 - Perde coisas necessárias para tarefas ou atividades.
 - É facilmente distraído por estímulos externos.
 - É esquecido em relação a atividades cotidianas.

Hiperatividade/Impulsividade

- Remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
- Levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado.
- Corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado.
- É incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
- “Não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado”.
- Fala demais.
- Deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída.
- Tem dificuldade para esperar a sua vez.
- Interrompe ou se intromete em conversas, jogos ou atividades.

No entanto, a tríade sintomatológica do TDAH não costuma afetar igualmente todos os indivíduos, o número e a combinação de sintomas podem dar origem a três apresentações: predominantemente desatento (seis ou mais sintomas de desatenção com durações mínima de 6 meses), predominantemente hiperativo/impulsivo (seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade com durações mínima de 6 meses) ou combinado (pelo menos seis sintomas de desatenção e seis sintomas de hiperatividade/impulsividade há pelo menos seis meses). A identificação das diferentes formas de apresentações que incluem os sintomas centrais de desatenção, hiperatividade

e impulsividade são de importância crucial para o desenvolvimento individual e tratamento adequado (APA, 2014; Tannock, 2013).

Os déficits característicos do transtorno repercutem em comprometimentos significativos em vários domínios da vida da criança, principalmente nas habilidades acadêmicas – jovens com TDAH tendem a receber notas mais baixas, maiores taxas de evasão escolar e apresentam desempenho inferior em testes padronizados do que seus pares (DuPaul, et al., 2017; Baweja, Mattison, & Waxmonsky, 2015; Kent, et al., 2011); habilidades sociais – maior rejeição por seus pares, dificuldade de manter vínculos de amizades e funcionamento social prejudicado (Ros & Graziano, 2017; Gardner & Gerdes, 2015; Tseng, Kawabata, Gau, & Crick, 2014); habilidades emocionais – dificuldades de regulação emocional, maiores problemas enfrentando a frustração, empatia reduzida, entre outros (Graziano & Garcia, 2016; Qian et al., 2016) e maiores perturbações nas relações familiares (Muñoz-Silva et al., 2017; Wiener et al., 2016).

A etiologia do TDAH é complexa e multifatorial, com fatores genéticos e ambientais envolvidos (Azeredo, Moreira, & Barbosa, 2018). Com base em observações de estudos com gêmeos, o caráter genético representa 70-80% da variabilidade do transtorno, e os parentes de primeiro grau das pessoas com TDAH, têm um risco aumentado de 5 a 10 vezes no desenvolvimento do transtorno em si (Farone, et al., 2015). Já o caráter ambiental gira em torno de 10 a 40%, e envolvem fatores de risco pré-natal (uso de substâncias ilícitas, exposição ao álcool e fumo, assim como estresse durante a gravidez), a prematuridade e o baixo peso ao nascimento (Franz, et al., 2018; Sciberras et al. 2017; Silva, Colvin, Hagemann, & Bower, 2014; Thapar, et al., 2012).

Pesquisas recentes reforçam o componente neurobiológico do TDAH, derivado dos estudos neuropsicológicos, de neuroimagem e de neurotransmissores. Uma visão

anatomofuncional do transtorno aponta uma disfunção da neurotransmissão dopaminérgica no córtex pré-frontal e suas conexões com as regiões subcorticais e a região límbica, essas alterações atuam na mediação de funções cognitivas como controle inibitório e funções executivas. Outro sistema disfuncional envolvido seria o noradrenérgico, na região parietal e o locus ceruleus, que se relaciona com a atenção seletiva (Guardiola, 2015; Coelho et al., 2010; Couto, Melo-Junior, & Gomes, 2010).

Achados neuroanatômicos sugerem que em crianças com TDAH, quando comparadas com crianças sem o transtorno, apresentam volume encefálico total reduzido, espessura cortical anormal e atrasos na maturação cortical principalmente na região do córtex pré-frontal, mas também no corpo caloso, cerebelo e núcleos da base (Bouziane, et al., 2018; Jacobson et al., 2018; Nomi et al., 2018; Kumar, Arya, & Agarwal, 2017). Em exames com ressonância magnética, o volume de massa cinzenta no cérebro diminuído de maneira generalizada em regiões dos lobos frontais, parietais e temporais bilaterais também foram observados, associados a maior gravidade dos sintomas de déficit de atenção e/ou hiperatividade/impulsividade (Wu et al., 2019) e em eletroencefalograma evidenciou-se o aumento de ondas lentas (Ortiz-Pérez & Moreno-García, 2015).

O desenvolvimento lento e disfuncional do córtex pré-frontal é uma das hipóteses neurobiológica mais defendida pela literatura do TDAH. O córtex pré-frontal é responsável pelas funções executivas, relacionado as habilidades do ser humano em estabelecer objetivos, motivação e consciência de si e do ambiente; de planejamento, tomada de decisão e de controlar impulsos e de automonitoramento, autodireção e autorregulação da intensidade, ritmo, e de outras características qualitativas de um comportamento, logo configuram processos chaves para compreender os problemas

centrais do TDAH (Pievsky & McGrath, 2017; Shuail, et al. 2017; Abad-Mas, Caloca-Català, Mulas, & Ruiz-Andrés, 2017; Sergeant, Geurts, & Oosterlaan, 2002).

Desta forma, os estudos neurocognitivos contribuem de maneira considerável para a abrangência de debates acerca desse transtorno. Nos últimos anos, o campo científico afastou-se dos modelos lineares de causa única do TDAH para os modelos multideterminados, que enfatizam a heterogeneidade de sua etiologia e fornecem discussões em relação às diferenças individuais do funcionamento da estrutura cognitiva e a apresentação clínica deste distúrbio do neurodesenvolvimento (Cortese & Coghill, 2018; Ball, et al. 2019).

1.2 Perfil Cognitivo no TDAH

Em 1973, Alexander Luria no seu estudo da compreensão dos processos psíquicos, denominou o termo cognição como “funções mentais superiores” (Bodrova, Leong, & Akhutina, 2011). A cognição é definida como o funcionamento mental envolvido em um conjunto integrado e coerente de habilidades, funções ou capacidades cerebrais necessárias para a atenção, percepção, memória, linguagem, aprendizagem, raciocínio, funções executivas, cálculo, praxias e orientação auto-psíquica, temporal e espacial (Sternberg, 2008).

Para Feuerstein, essas funções cognitivas de maneira conjunta, organizam e colocam em funcionamento a estrutura cognitiva. O bom funcionamento das funções cognitivas é responsável pelo processamento mental eficiente (Gomes, 2002). Logo, a avaliação neuropsicológica tem como principal objeto de análise a cognição, traçando inferências sobre as características funcionais do cérebro de um indivíduo. Envolve o uso de instrumentos padronizados que possibilitam testar os sistemas cerebrais nas suas formas complexas de atividade mental (Haase, et al., 2012).

As testagens cognitivas e neuropsicológicas buscam obter uma visão ampla da forma como um indivíduo resolve problemas no mundo e compreender a emergência das funções psicológicas superiores, além de permitir a inferência de diferentes substratos neurais relacionados a diferentes processos cognitivos. Assim, a partir delas, pode-se entender a interação de alguma dificuldade ou déficit com uma categoria diagnóstica e fornecer recomendações para intervenções terapêuticas precoces (Sadock, et al., 2017).

As investigações dos aspectos neuropsicológicos do TDAH iniciaram na primeira metade do século XX. Desde então, a discussão tem aumentado amplamente na comunidade científica, na busca da compreensão dos mecanismos que possam explicar o desenvolvimento e a expressão desse complexo transtorno (Nigg, 2013; Mahone & Denckla, 2017).

Muitos modelos teóricos foram propostos para explicar os mecanismos neurocognitivos subjacentes ao TDAH. O principal é discutido por Barkley, que postula as dificuldades centrais no TDAH relacionadas ao retardo na inibição da resposta ou inibição comportamental. Esse processo perturba diretamente quatro funções executivas principais: 1) Memória de trabalho, a capacidade de manter a informação em consciência e manipulá-la; 2) Auto-regulação, a capacidade de controlar as emoções, motivação e excitação para alcançar objetivos; 3) Internalização da fala, um monólogo interno que permite raciocínio e reflexão mais complexa; e 4) Reconstituição, a análise e síntese de informações verbais e comportamentais, permitindo a compreensão e produção de linguagem e comportamentos cada vez mais complexos (Barkley, 1997; Barkley & Murphy, 2008; Wagner, Rohde, & Trentini, 2016).

Os processos envolvidos nas funções executivas irão permitir ao indivíduo iniciar, planejar, sequenciar e monitorar seus comportamentos e cognições (Dias, Menezes, & Seabra, 2010). Desta forma, uma avaliação neuropsicológica em crianças com TDAH envolve a aplicação de uma bateria de instrumentos padronizados referente aos principais domínios cognitivos, tais como: capacidade intelectual, funções executivas, atenção, linguagem, aprendizagem, funcionamento sensorio-perceptivo, entre outras habilidades específicas (Tisser, 2017).

Entre a gama de testes de funcionamento cognitivo inseridas na avaliação neuropsicológica, as Escalas Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC), atualmente na quarta edição, têm se mostrado como um instrumento de alta qualidade psicométrica que permite avaliação de importantes segmentos do funcionamento intelectual de crianças e adolescentes. A WISC-IV fornece uma escala completa de Coeficiente de Inteligência Total (QIT) que abrange quatro índices: capacidades cognitivas específicas de conteúdo verbal por meio do índice de compreensão verbal (ICV); raciocínio fluído por meio do índice de organização perceptual (IOP); capacidade para manter uma informação na mente por um curto período de tempo para realizar operações mentais e planejar uma resposta por meio do índice de memória operacional (IMO); e a velocidade psicomotora e velocidade mental por meio do índice de velocidade de processamento (IVP) (Wechsler, 2013).

Em um contexto de avaliação neuropsicológicas em crianças com TDAH, as Escalas Wechsler de Inteligência, apresentam-se capazes de fornecer um número de informações importantes quanto ao desenvolvimento cognitivo que podem auxiliar no processo de tomada de decisão relativo ao diagnóstico e também momento de traçar um plano de tratamento para o transtorno (Moura, Costa & Simões, 2019; Effgem, Canal, Missawa & Rossetti, 2017; Ignacio, Gonzales, Almeida, Andrade, & Monteiro, 2008;

Lopes, Farina, Welter, Esteves, & Argimon, 2012). Estudos que avaliaram o perfil cognitivo de crianças e adolescentes com TDAH e crianças de grupo controle, da mesma faixa etária, comparando os resultados dos índices fatoriais/QI, apontaram valores significativamente inferiores para crianças com o transtorno principalmente no IMO e no IVP (Bustillo & Servera, 2015; Cortés, Soria, Gómez, & Sevilla, 2015; Li, Jiang, Du, & Rossbach, 2017), mas também de maneira simultânea em vários índices, como no IMO, IVP, IOP e QIT (Krieger, & Amador-Campos, 2017) e especificamente no IMO (Fried, et al., 2016).

O IMO envolve a capacidade de um indivíduo manter-se consciente de uma informação recebida, desenvolver uma atividade, saber manipulá-la e, a partir dela, produzir um resultado, envolvendo a atenção e a memória. Em crianças com TDAH são observados rendimentos inferiores em subtestes desse índice devido erros atencionais em função das dificuldades na memória operacional (Büttow & Figueiredo, 2019). Já o IVP refere-se à habilidade em realizar tarefas simples, de forma automatizada, logo, também exigem manejar o foco atencional e uma progressão gradual dos mecanismos atencionais, que em crianças ocorrem desde os seis anos até a adolescência (Jacobson et al., 2011, Primi, 2003).

O ICV envolve a capacidade do indivíduo para realizar operações abstratas, realizar julgamentos sociais, memorizar e apresentar fluência verbal. Em crianças com TDAH, a dificuldade de concentração, o déficit de atenção, a impulsividade e a tendência à fadiga mental pode interferir na capacidade de realização do raciocínio verbal, gerando respostas imaturas e impulsivas nos subtestes (Guardiola, 2015). E o IOP relaciona-se a integração visuomotora, ao raciocínio fluído e as capacidades para organização dos processos perceptuais, desta forma, demandam a atenção para detalhes (Wechsler, 2013).

Pesquisas recentes sugerem também que existem diferenças importantes quanto à apresentação predominante TDAH-desatento, sendo correlacionado com valores inferiores no IMO (Colbert & Bo, 2017) e no IVP (Soria, Cortés, Cerván, & Mier, 2017; Kubo, et al., 2018), quando comparado com as outras apresentações (hiperativa/impulsiva ou combinada). Desta forma, níveis atencionais mais elevados se configurariam em um preditor negativo para o desenvolvimento neurocognitivo de crianças e adolescentes com TDAH.

Portanto, é de extrema relevância compreender o funcionamento neurocognitivo da criança com TDAH e como essas funções dão suporte à regulação dos pensamentos, emoções e comportamentos. Além de identificar os processos cognitivos que permeiam o transtorno, torna-se importante detectar as potencialidades, as habilidades preservadas e aquelas prejudicadas ou deficitárias enfrentadas no dia a dia daquele indivíduo e as variáveis que interferem diretamente na construção dessas habilidades e competências (Petersen & Wainer, 2011).

1.3 Percepção de Competência e Autopercepção imprecisas: supervalorização e subestimação das competências em crianças com TDAH.

A percepção de competência é denominada como o julgamento expressado pelo indivíduo sobre suas habilidades em domínios específicos ou referente a um determinado comportamento (Almeida, Valentini, & Berleze, 2009; Bronson, 2000). Segundo White (1959), um dos primeiros estudiosos a desenvolver a noção de competência, considera que o indivíduo, ao longo do seu desenvolvimento, almeja se relacionar com o ambiente de forma eficiente e a qualidade das interações que se estabelece no contexto, conduziria a autonomia e a autoconfiança de suas habilidades e,

consequentemente, a perceber-se competente. Este componente configura a compreensão do complexo e dinâmico processo da motivação humana.

Em uma perspectiva motivacional, Susan Harter desenvolve a Teoria da Motivação para a Competência, partindo do pressuposto que os indivíduos são motivados pelo desejo de demonstrar suas competências, buscando-as em todas as suas realizações ao longo da vida. Isso influencia fortemente a motivação para se engajar e persistir em certas atividades, logo, a autoavaliação é um fator crítico no processo do desenvolvimento humano (Harter, 1982, 2012; Harter & Pike, 1984).

Segundo Harter (2012), a autopercepção de competência é construída desde muito cedo, ainda na primeira infância, sendo que a partir dos três ou quatro anos, a criança começa a ser capaz de se descrever oralmente, no entanto, são descrições mais qualitativas e não comparativas ou avaliativas. Assinale-se que as crianças nessa faixa etária ainda não tem capacidade de distinguir o seu autoconhecimento do seu ego ideal, ou seja, tem dificuldades em distinguir as suas competências reais das desejadas, e ainda não é capaz de se comparar com os outros, pois tem um pensamento ainda muito egocêntrico e ingênuo. Estimar significa fazer um juízo de si e isso supõe certa maturidade intelectual, logo requer a capacidade de pensamento lógico, desenvolvido apenas por volta dos sete ou oito anos, aprimorando-se ao longo da vida (Duclos, 2006).

Essa teoria considera que a expressão do sentimento de competência é fundamentada em dois aspectos importantes: (1) a percepção de competência é multidimensional, considerando que o indivíduo se sente competente de maneira diferente em vários domínios da sua vida (Ex.: físico, cognitivo e social) e, por conseguinte, age de formas diversas nas diferentes situações que englobam um ou mais domínios; e (2) a percepção de competência é estruturada sobre quatro fatores inter-

relacionados, os quais influenciam níveis mais elevados ou mais baixos de percepção de competência: (a) experiências passadas; (b) dificuldades ou desafios associados com o resultado da tarefa; (c) suporte e interação pessoal com outros que são significativos para a pessoa; e (d) motivação intrínseca (Harter, 1978). A seguir, a figura 1 representa a Teoria da Motivação para a Competência.

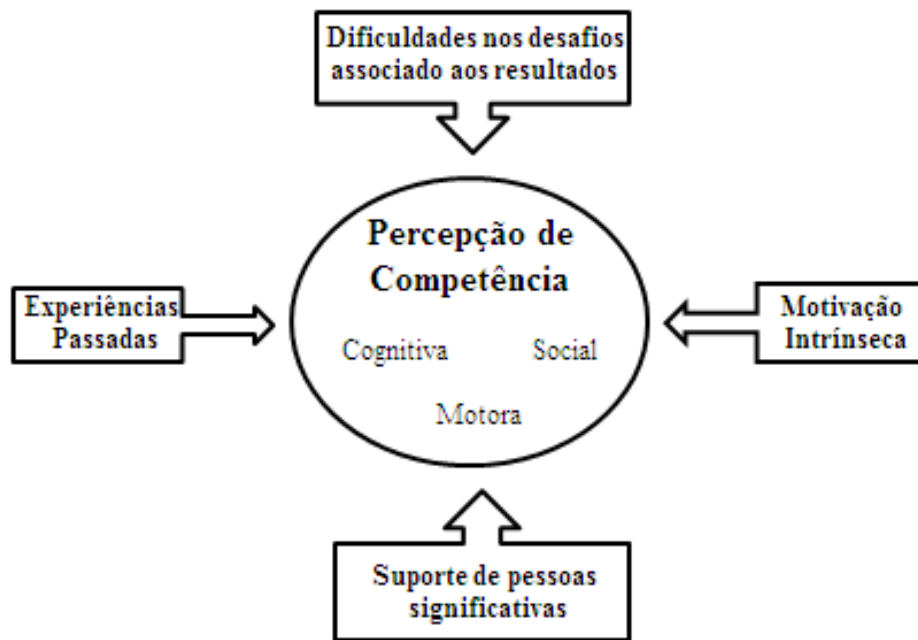


Figura 1: Representação esquemática da Teoria da Motivação para a Competência de Susan Harter.

Quanto maior o nível de realizações ou conquistas, mais provável é que aquela criança se perceba competente no domínio específico em que sua ação foi eficiente no ambiente. Por consequência, a maneira como um indivíduo se percebe repercute em impacto sobre sua autoconfiança e autoconceito, além da iniciativa de engajamento para novos desafios e aprendizagem (LeGear et al., 2012; Nobre, et al., 2015). Desta maneira, a construção da competência é mediadora de novas conquistas e essencial para o desenvolvimento integral infantil (Valentini, 2007; Craven & Marsh, 2008; Amin, et al., 2018).

Aquelas crianças que revelam sentimento de alta competência em uma determinada atividade ou habilidade, tendem a persistir por mais tempo na execução da mesma na busca pela maestria, mesmo diante de dificuldades e assumem responsabilidades sobre suas atitudes e conquistas, desenvolvem confiança, curiosidade, iniciativa, autonomia e consegue adaptar-se à mudança e ao stresse. No entanto, baixos níveis de competência e experiências constantes de insucessos, estão relacionados à desistência ou desinteresse em atividades específicas, provocando um autojulgamento que afeta a orientação motivacional do indivíduo (Muenks, Wigfield & Eccles, 2018; Benninger & Savahl, 2017). A figura 2 aponta impactos de elevadas e baixas percepções de competências nas atividades:

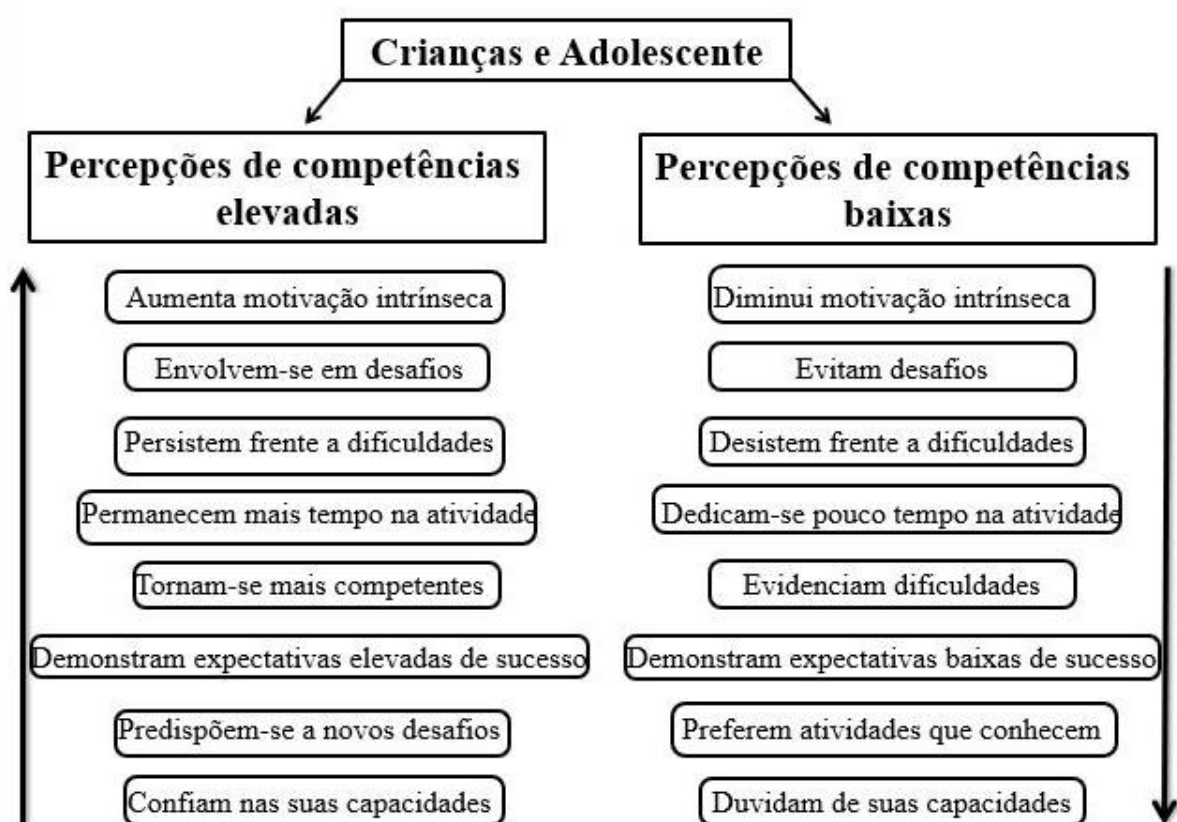


Figura 2: Representação esquemática dos impactos de elevadas e baixas percepções de competências nas atividades e desenvolvimento infantil.

De fato, a baixa autoestima é um fator de risco para problemas de internalização, incluindo depressão, ideação suicida e isolamento social (De Jong, Sportel, De Hullu e Nauta, 2012; Franck, De Raedt, Dereu e Van den Abbeele, 2007). Por outro lado, pesquisas também evidenciam que a avaliação positiva que o indivíduo faz do seu valor e competência na infância tem implicações para construção do bem-estar psicológico, social e cognitivo, além de desempenhar um papel essencial no percurso acadêmico (Leeuwis, Koot, Creemers e van Lier, 2015; Plummer, 2012).

Segundo Coopersmith (1967), um dos principais estudiosos no que se refere à autoestima, inferir um conhecimento ideal de nós mesmos e, conseqüentemente, um desempenho superior em tarefas envolvendo habilidades cognitivas/intelectuais, se dão quando essas duas capacidades, a de pensar sobre o próprio pensar e a de manter uma autoimagem positiva, são mantidas/desenvolvidas em conjunto. Em situações na qual o indivíduo não é consciente das suas reais competências, ocorre maior propensão à superestimação ou subestimação de uma habilidade ou atributo pessoal, criando-se expectativas não realistas sobre seu desempenho. Pesquisadores afirmam que a precisão do autoconhecimento da própria performance e do “sendo do eu real” levam a conseqüências importantes no bem-estar, na motivação, na auto regulação, no esforço, no desempenho, na metacognição e na aprendizagem de crianças (Collyer, Boseovski, & Marcovitch, 2018; Alexander, 2013; Dunlosky & Thiede, 2013). Como explanado anteriormente, é durante a segunda infância, geralmente por volta dos 8 anos de idade, a criança possui a capacidade cognitiva que lhe permite verbalizar sensações do próprio valor global e julgamentos mais realistas sobre suas competências (Harter, 2012).

Desta forma, existe uma crescente gama de estudos voltados para investigação da percepção de competência em crianças, principalmente quanto ao autojulgamento não realista e os processos que permeiam esta inconsistência. Segundo Owens et al.

(2007), o grupo de crianças com TDAH são amplamente avaliadas nesse aspecto, e demonstram um padrão persistente de superestimar suas competências e habilidades. Esse relato extremamente positivo seria inconsistente com as medidas objetivas de desempenho ou com a classificação por outros avaliadores, refletindo uma incoerência entre essas medidas de comparações. Esse fenômeno foi denominado de viés ilusório positivo (VIP).

Pesquisas documentaram o relato de VIP em crianças com TDAH em diversos domínios pertinentes ao desenvolvimento infantil, principalmente quanto ao seu funcionamento social, acadêmico e comportamental, enquanto seus pais e/ou professores observavam maiores dificuldades de desempenho e lhe julgavam menos competentes, quando comparados às crianças típicas, ou seja, sem o transtorno (Capodieci, Crisci, & Mammarella, 2018; Emeh, Mikami, & Teachman, 2015; Fefer, Ogg, & Dedrick, 2015; Molina & Maglio, 2013; Volz-Sidiropoulou, Boecker, & Gauggel, 2013). No entanto, a percepção superior de habilidades em crianças com TDAH parece ser mais restrita a si mesmo, não se estendendo sobre a percepção das competências de outras pessoas (Evangelista, et al., 2008). Este é um fenômeno que parece não ser exclusivo da infância, pois já foi relatado em adultos com TDAH (Jiang & Johnston, 2012).

Auto percepções positivas e ilusórias podem tornar as crianças com TDAH mais suscetíveis ao fracasso, com dificuldades em reconhecer um feedback negativo e a necessidade de mudar a abordagem para a conclusão de uma tarefa e melhorar o seu desempenho. A presença de VIP em jovens com TDAH está associada a desfechos negativos no seu desenvolvimento futuro, incluindo maiores taxas de depressão e agressividade, comportamentos menos pró-sociais e dificuldades de relações com os pares e adaptação em novos ambientes (Jia, Jiang, & Mikami, 2016; Stephens, Lynch,

& Kistner, 2016; Jiang & Johnston, 2014; Swanson, Owens, & Hinshaw, 2012; Linnea, Hoza, & Tomb, 2012).

Todavia, a função e as causas desse fenômeno não são totalmente claras. Entre as abordagens explicativas para o fenômeno de VIP mais discutida, sugere-se que as dificuldades associadas à função cognitiva, principalmente de funcionamento executivo nas crianças com o transtorno, que levam a uma variedade de déficits como: dificuldade para controlar as emoções, motivação e excitação para alcançar objetivos, auto-reflexão, resolução de problemas e análise e síntese de comportamentos. Esses processos também podem afetar a capacidade dos indivíduos de perceber com precisão sua competência com base no feedback de seu ambiente e dificuldades na construção de um padrão de autopercepção, automonitoramento e autoconsciência (McQuade, Mendoza, Larsen, & Breaux, 2017; McQuade, et al., 2011; Owens, et al., 2007).

Apesar dos estudos documentarem essa tendência do padrão de percepções positivas e ilusórias em crianças com TDAH, outras pesquisas realizadas apontam resultados contrários, nos quais as crianças com o transtorno, quando comparadas ao grupo controle, da mesma faixa etária, com ausência de diagnóstico, apresentam percepções de competências negativas (Kita & Inoue, 2017; Maia, et al., 2011; Barber, Grubbs & Cottrell, 2005; Dumas & Pelletier, 1999; Hoza, et al., 1993). As dificuldades foram relatadas pelas crianças afetadas pelo TDAH, principalmente em domínios escolar, social e comportamental, indicando que elas reconhecem as suas dificuldades de competências diferentes (Evangelista, et al., 2008).

Deste modo, pretende-se analisar a relação entre o perfil cognitivo e a autopercepção de competência de crianças com e sem TDAH, assim como a relação da cognição com as autopercepções imprecisas, tanto para a supervalorização e subestimação

das competências em crianças com e sem TDAH, através da relação entre a coerência do relato da percepção de competência das crianças com a percebida pelos seus pais.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar a relação entre o perfil cognitivo, a autopercepção de competência e o nível de coerência da percepção de competência de crianças com e sem TDAH com a percebida pelos seus pais.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sócio-demográfico e clínico de crianças com e sem TDAH;
- Relatar o perfil cognitivo de crianças com e sem TDAH através do WISC-IV;
- Identificar a percepção de competência de crianças com e sem TDAH;
- Relacionar os índices de escores no WISC-IV com a autopercepção de competência de crianças com e sem TDAH;
- Identificar o nível de coerência entre a percepção de competência de crianças com e sem TDAH e o relato da percepção de seus pais;
- Relacionar os índices de escores no WISC-IV com o nível de coerência entre a percepção de competência das crianças com e sem TDAH e o relato da percepção de seus pais.

3. MÉTODO

3.1 Desenho do Estudo

Estudo quantitativo, descritivo e correlacional, com uma amostragem não probabilística, por conveniência de crianças com e sem TDAH, e seus pais.

3.2 Ambiente

A pesquisa foi realizada em uma sala reservada no Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC) da Universidade Federal do Pará (UFPA) para crianças com diagnóstico ou impressões diagnósticas de TDAH e em duas escolas públicas no âmbito municipal e estadual de ensino regular para crianças com ausência do diagnóstico de TDAH.

3.3 Participantes

Participaram da pesquisa 60 crianças de 8 a 12 anos de idade, de ambos os sexos, e seus respectivos pais ou cuidador principal. As crianças foram distribuídas em dois grupos:

1. Grupo Experimental (GE): crianças com diagnóstico do TDAH ou impressões diagnósticas do transtorno, acompanhadas em regime ambulatorial em um centro de referência à saúde da mulher e da criança na região metropolitana de Belém (CASMUC).
2. Grupo Controle (GC): crianças sem TDAH, pareadas por idade, sexo, escolaridade e situação econômica, com as crianças do GE, ou seja, cada sujeito com TDAH era pareado com um sujeito sem TDAH e com características semelhantes.

Além disto, os participantes atenderam aos seguintes critérios de seleção:

Critérios de Inclusão da amostra:

- ✓ GE: crianças com diagnóstico do TDAH baseados no roteiro de entrevista proposta pelo DSM-V ou impressões diagnósticas do transtorno, de acordo com o screening por meio do questionário SNAP-IV.
- ✓ GC: crianças com ausência do diagnóstico do TDAH ou impressões diagnósticas do transtorno triadas com o screening por meio do questionário SNAP-IV.
- ✓ Pais e/ou cuidador responsável de ambos os grupos: indivíduos com idade superior a 18 anos e alfabetizados.
- ✓ Consentimento dos pais após as informações em participar da pesquisa via aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice A.

Critérios de exclusão da amostra

- ✓ GE: crianças com TDAH em associação com comorbidades psiquiátricas ou neurológicas que estivessem definidas em prontuários, relatórios ou relatos médicos;
- ✓ GC: crianças que apresentassem algum transtorno do desenvolvimento (com laudo médico comprovando a patologia);
- ✓ Não concordância dos pais na participação da pesquisa via aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4 Instrumentos

Para a coleta dos dados foram utilizados neste estudo:

1º) *Questionário clínico-sócio-demográfico – APÊNDICE B*

Trata-se de um documento formulado pelas pesquisadoras, de investigação inicial, demarca o primeiro contato com os pais e/ou responsável das crianças participantes do estudo, visando à construção de um perfil sócio demográfico, levantamento de informações importantes sobre o sujeito da pesquisa. Encontra-se subdividido em cinco eixos: I- Caracterização do responsável da criança; II- Dados sócio-demográficos; III- Estrutura familiar; IV- Caracterização da criança e V- Dados clínicos sobre TDAH.

2º) *MTA-SNAP IV (Mattos et al., 2006) - APÊNDICE C*

O SANP-IV é um questionário semiestruturado de domínio público organizado a partir dos critérios diagnósticos do DSM-III e de sua revisão, o DSM-III-R, e fornece escores quantitativos para graduação dos sintomas relacionados à desatenção, hiperatividade/impulsividade, utilizado para rastreio, avaliação da gravidade e frequência de sintomas.

A escala utilizada neste estudo foi proposta por Mattos et al. (2006), o MTA-SNAP-IV, que realizou uma adaptação transcultural do SNAP-IV para a população brasileira. O MTA-SNAP-IV foi usado no *Multimodality Treatment Study* e incluíram os 26 itens correspondentes aos sintomas do critério A da DSM-IV para TDAH e aos sintomas de Transtorno Opositivo Desafiador (TOD). Esta escala é amplamente utilizada em pesquisas clínicas e consiste em um instrumento útil para identificação de casos suspeitos de TDAH, especialmente pela praticidade de seu uso.

Foram analisados os escores totais de desatenção e hiperatividade/impulsividade, desconsiderando os dados relacionados ao TDO. Este instrumento foi aplicado com os pais dos dois grupos como triagem inicial para impressões diagnósticas do TDAH ou ausência dele.

3º) Self-perception Profile for children (SPPC), ou Escala de Autopercepção de Harter (1985, 2012) – APÊNDICE D

A Self-perception Profile for children (SPPC), ou Escala de autopercepção de Harter (1985, 2012), é uma medida que avalia a percepção de competência de crianças de 8 a 12 anos, validada no Brasil por Valentini et al. (2010), no qual observaram ótima fidedignidade, com α : 0,86.

O instrumento consiste em 36 itens, subdivididos em 6 domínios independentes: com 5 domínios específicos de percepção de competência: 1) Competência acadêmica - percepção das competências cognitivas relacionadas à escola; 2) Aceitação social - percepção do grau de relacionamento das crianças com amigos; 3) Competência motora - percepção quanto à realização de atividades esportivas e ao ar livre.; 4) Aparência física- percepção do grau de satisfação das crianças com tipo de corpo; 5) Conduta comportamental - percepção de o comportamento ser adequado ou problemático. O último e sexto domínio é o Autoconceito Geral, que proporciona a percepção das crianças do quanto gostam delas próprias como pessoas.

Cada item é organizado em estrutura de respostas alternativas na escala do tipo *Likert* de 1 a 4 pontos, na qual a criança identifica quanto cada item é percebido como realmente verdadeiro ou parcialmente verdadeiro sobre ela mesma. Quanto maior a pontuação maior o nível da percepção de sua competência, desta forma, o valor “1” indica uma baixa percepção de competência, e o valor “4” demonstra uma alta

percepção de competência. A pontuação final é calculada pela média das respostas dos 6 itens de cada domínio específico.

No presente estudo, a categorização da competência percebida em alta, moderada e baixa será baseada no estudo de Harter et al. (1992): utilizando-se das médias e desvios padrões; para percepção de competência alta (acima da $M + 1 DP$); percepção de competência moderada ($M - 1 DP$ e $M + 1 DP$); e, percepção de competência baixa (abaixo da $M - 1 DP$), logo, valores entre 1 a 2 se enquadram em baixa percepção de competência, 2,1 a 2,9, percepção moderada e, valores entre 3 a 4, alta percepção.

4º) *Teacher's Rating Scale of The Student's Actual Behavior – TRS (Harter - 1985, 2012) – APÊNDICE E*

É um instrumento paralelo ao perfil de percepção de competência para crianças, fornecido pela Escala de autopercepção de Harter (1985, 2012), sendo destinado para professores, pais ou outros avaliadores com o objetivo de se obter uma perspectiva adulta sobre as competências de crianças de 8 a 12 anos de idade.

Assim como o instrumento utilizado com a criança, constitui-se dos mesmos 5 domínios (competência acadêmica, aceitação social, competência motora, aparência física e conduta comportamental), com exceção do domínio Autoconceito Geral, uma vez que este se refere a um atributo específico da percepção da criança, que dificilmente será acessado por um observador.

Cada domínio apresenta apenas 3 itens, logo, o instrumento é formado por 15 itens no seu total, organizados também em estrutura de respostas alternativas na escala do tipo *Likert* de 1 a 4 pontos, na qual o avaliador identifica quanto cada item é

percebido como realmente verdadeiro ou parcialmente verdadeiro sobre a criança. As pontuações mais altas representam percepções de competências superiores e pontuações mais baixas, percepções de competências inferiores. A pontuação final é obtida pela média das respostas dos 3 itens de cada domínio específico.

Assim como na Escala de Autopercepção de Harter, a categorização da competência percebida em alta, moderada e baixa será baseada no estudo de Harter et al. (1992): utilizando-se das médias e desvios padrões, valores entre 1 a 2 se enquadram em baixa percepção de competência, 2,1 a 2,9, percepção moderada e, valores entre 3 a 4, alta percepção.

Os escores obtidos pelo relato do observador adulto podem ser comparados diretamente com as pontuações da criança, ainda que as pontuações da criança sejam baseadas em um total de seis itens por domínio e do adulto baseados em apenas três itens, pois são calculadas na mesma base.

A versão do TRS utilizada neste estudo foi traduzida e adaptada pelas pesquisadoras, em um estudo prévio intitulado “Adaptação Transcultural do Teacher's Rating Scale of Student's Actual Behavior: versão brasileira”. Submeteu-se o instrumento original ao processo metodológico denominado adaptação transcultural, cujo objetivo foi produzir equivalência entre a cultura fonte e a cultura alvo do TRS, desenvolvido a partir de um referencial composto por cinco etapas: tradução, síntese das traduções, tradução reversa (*back translation*), análise de comitê e pré-teste, segundo as recomendações de Guillemin et al., (1993), Beaton et al., (2000) e Borsa et al., (2012) para processos de tradução e adaptação transcultural de instrumentos.

5º) Escala Wechsler de Inteligência para Crianças - WISC-IV (Wechsler, 2013)

O WISC IV é a versão mais atual entre as Escalas Wechsler de Inteligência para crianças em idade escolar (WISC), que foi inicialmente desenvolvida em 1949, configura uma bateria de testes com objetivo de avaliar habilidades cognitivas e o processo de resolução de problemas de crianças e adolescentes entre 06 anos e 0 meses a 16 anos e 11 meses de idade

O teste, segundo Wechsler 2013, é composto de 10 subtestes primários, divididos em: Vocabulário, Semelhanças, Compreensão, Cubos, Conceitos Figurativos, Raciocínio Matricial, Dígitos, Sequência de Números e Letras, Códigos e Procura de Símbolos e 5 subtestes suplementares: Completar Figuras, Aritmética, Informação, Cancelamento e Raciocínio com palavras, estes servem como substitutos para algum subteste que não for aplicável por alguma dificuldade sensorial ou motora da criança. A partir dos subtestes, é produzido quatro índices de escores: Compreensão Verbal, Organização Perceptual, Memória Operacional e Velocidade de Processamento, além de uma escala-completa de Quociente de inteligência Total.

O WISC-IV possui um Kit, composto por 01 manual técnico, 01 manual de instruções para aplicação e avaliação, 01 protocolo de registro, 01 protocolo de Resposta 1 (Código e Procurar Símbolos) 01 protocolo de Resposta 2 (Cancelamento), 01 livro de estímulos, 01 jogo de cubos, 03 crivos de correção (Códigos, Procurar Símbolos, Cancelamento).

Nesta pesquisa foram utilizados os 10 subtestes primários e os subtestes suplementares caso houvesse necessidade, conforme manual. Na tabela 2, consta a descrição de cada subteste.

Tabela 2: Descrição dos subteste do WISC-IV utilizados na presente pesquisa.

Subteste	Índice	Descrição
Cubos (CB)	IOP	A criança usou cubos vermelhos e/ou brancos para recriar um modelo já montado no Livro de Estímulos (LE).
Semelhanças (SM)	ICV	Apresentou-se oralmente uma série de pares de palavras para a criança explicar as semelhanças dos objetos ou conceitos representativos comuns.
Dígitos (DG)	IMO	Solicitou-se que a criança repetisse literalmente uma sequência numérica (primeiro na ordem direta e depois na ordem inversa) apresentada pelo aplicador oralmente.
Conceitos Figurativos (IOP)	IOP	Apresentou-se a criança duas ou três fileiras de figuras no LE e solicitou-se que ele escolhesse uma figura de cada fileira para formar um grupo com características comuns.
Códigos (CD)	IVP	Apresentou-se uma série de números pareados com um símbolo simples (Código B) e solicitou-se que a criança desenhasse o símbolo sob o número correspondente de acordo com uma chave.
Vocabulário (VC)	ICV	Mostrou-se figuras do LE e o aplicador leu em voz alta palavras para a criança informar o nome das figuras e a definição para as palavras lidas.
Sequência de Números e Letras (SNL)	IMO	Uma sequência de números e letras foi lida pelo aplicador e a criança repetiu os números em ordem crescente e as letras em ordem alfabética.
Raciocínio Matricial (RM)	IOP	Apresentou-se para a criança uma figura incompleta do LE e solicitou-se que a mesma escolhesse entre cinco opções a que melhor se encaixava naquela figura, completando-a.
Compreensão (CO)	ICV	Apresentou-se uma série de perguntas oralmente para que a criança julgasse e resolvesse problemas cotidianos, regras e conceitos sociais.
Procurar Símbolos (PS)	IVP	Foi apresentada uma série de símbolos pareados. Cada par era composto por um grupo-estímulo e um grupo de busca. A criança foi instruída a examinar os dois grupos e indicar se um símbolo-estímulo estava ou não presente no grupo de busca.

Os resultados são classificados, de forma descritiva, seguindo a interpretação fornecida pelo protocolo de registro em relação à curva normal e apresentados na Tabela 3.

Tabela 3: Interpretação qualitativa do QI e dos índices fatoriais da WISC-IV

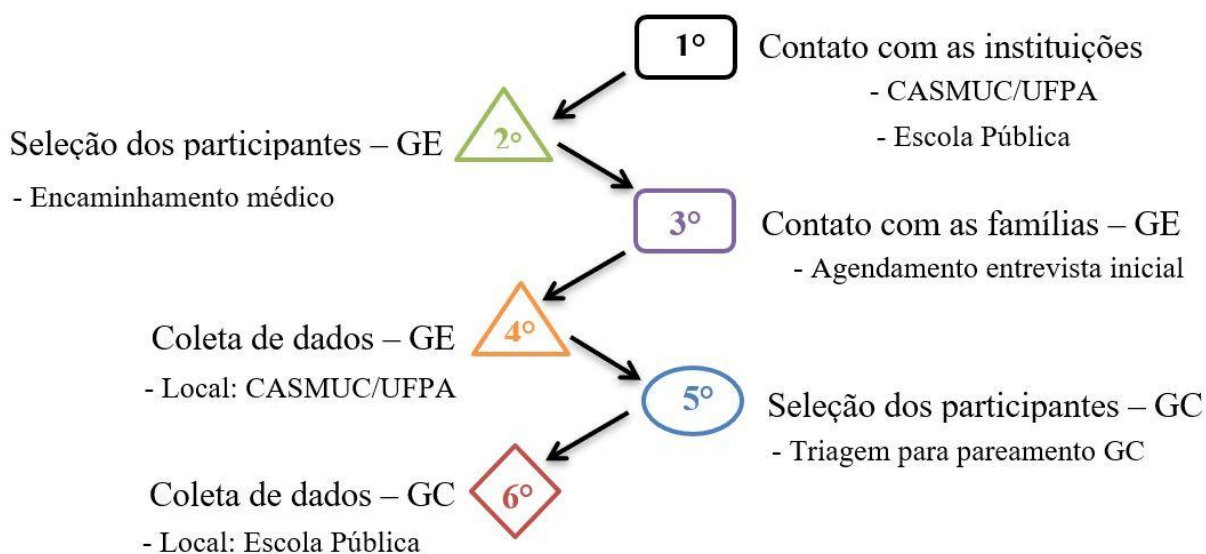
QI	Interpretação Qualitativa	Percentis
> 130	Muito superior	98 e mais
120 – 129	Superior	91 – 87
110 – 119	Média superior	75 – 90
90 – 109	Média	25 – 73
80 – 89	Média Inferior	9 – 23
70 – 79	Limítrofe	3 – 8
≤ 69	Extremamente baixo	2 e menos

3.5 Procedimentos

3.5.1 De coleta de dados:

Esta pesquisa foi dividida em seis etapas, com a coleta de dados realizada em agosto/2018 á abril/2019. A figura 3 apresenta a sequência esquemática das etapas de coletas de dados.

Figura 3: Síntese das etapas da coleta.



A seguir temos descritas detalhadamente as etapas realizadas no procedimento de coleta de dados:

Primeira etapa: Contato com as instituições.

Foi realizado inicialmente um contato com as instituições envolvidas na coleta de dados e solicitado autorização para a realização da pesquisa, as instituições incluem: Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC) da Universidade Federal do Pará (UFPA) e duas instituições escolares públicas no âmbito municipal e estadual localizadas no município de Belém-PA.

Segunda etapa: Seleção dos participantes - GE

Os participantes do GE com diagnóstico de TDAH ou impressões diagnósticas do transtorno, foram encaminhados pelo médico especialista responsável pelo ambulatório de aprendizagem do CASMUC, previamente contatado e ciente dos procedimentos da pesquisa, assim como dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes.

Terceira etapa: Contato com as famílias - GE.

A equipe de pesquisa realizou agendamento de uma entrevista inicial em uma sala reservada no CASMUC de modo individualizado com as crianças do GE previamente selecionadas e seus respectivos cuidadores.

Quarta etapa: Coleta de dados – GE

O primeiro encontro com os participantes do GE ocorreu no CASMUC, em uma sala climatizada, com mesas e cadeiras apropriadas e iluminação adequada, após a apresentação e assinatura do termo de consentimento de participação pelo cuidador

responsável, no qual constavam questões éticas da pesquisa, iniciou-se a coleta de dados.

Primeiramente o cuidador responsável foi submetido a uma entrevista para aplicação do Questionário clínico-sócio-demográfico e o MTA-SANP-IV, com duração aproximada de 30 minutos. Em seguida, preencheu-se o TRS, devidamente instruídos acerca de como deve ser o procedimento de resposta, com duração de aproximadamente 10 a 15 minutos. Posteriormente, aplicou-se a Escala de Autopercepção de Harter de maneira individual com a criança pela pesquisadora, foi reforçado que esse instrumento não configurava um teste ou uma prova, e sim uma ferramenta para conhecê-los melhor, logo não existia respostas certas ou erradas. A leitura de cada item da escala seguiu da resposta da criança, com a indicação da afirmativa que ela mais se identifica. Esse procedimento obteve duração aproximada de 20 a 30 minutos.

Um segundo encontro com os participantes do GE foi reservado, no mesmo local, para aplicação do WISC-IV, realizado por um psicólogo treinado e com experiência no manuseio do instrumento. Aplicaram-se os 10 subtestes primários (Vocabulário, Semelhanças, Compreensão, Cubos, Conceitos Figurativos, Raciocínio Matricial, Dígitos, Sequência de Números e Letras, Códigos e Procura de Símbolos) e 1 subteste suplementar (Aritmética), devido o baixo rendimento das crianças com TDAH nos subtestes referentes a memória operacional. O tempo estimado de aplicação foi de 1 hora e 30 minutos a 2 horas por participante da pesquisa.

Quinta etapa: seleção dos participantes – GC.

Os participantes do GC foram selecionados a partir de duas instituições escolares públicas no âmbito municipal (para crianças do 3º ao 5º ano escolar) e estadual (para crianças do 6º ano escolar), previamente contatadas na primeira etapa do estudo.

Realizou-se uma triagem das crianças com o perfil de idade, sexo, renda econômica e escolaridade, pareadas com as crianças do GE, com auxílio da coordenação de cada escola, que forneceu a lista de todos os alunos matriculados do 3º ao 6º ano.

Após identificar o perfil de crianças potencialmente participantes da pesquisa, organizou-se uma reunião com pais na escola, com o intuito de explicar os objetivos do estudo e convidá-los a sua inclusão no mesmo. Com 100% de interesse em participar da pesquisa, os responsáveis das crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sexta etapa: Coleta de dados – GC

Um primeiro encontro foi agendado de maneira particular com cada pai e/ou responsável em uma sala reservada na escola, de maneira similar à coleta de dados do GE, para a aplicação de instrumentos. Primeiramente, houve uma entrevista para aplicação do Questionário clínico-sócio-demográfico e o MTA-SANP-IV, com duração aproximada de 30 minutos, em seguida, preencheu-se o TRS, devidamente instruídos acerca de como deve ser o procedimento de resposta, com duração de aproximadamente 10 a 15 minutos. Posteriormente, aplicou-se a Escala de Autopercepção de Harter de maneira individual com a criança pela pesquisadora, assim como a aplicação no GE, esse procedimento resultou em duração aproximada de 20 a 30 minutos.

Um segundo encontro com os participantes do GC foi reservado, na escola, para aplicação do WISC-IV, realizado pelo mesmo psicólogo do GE. Aplicaram-se os 10 subtestes primários (Vocabulário, Semelhanças, Compreensão, Cubos, Conceitos Figurativos, Raciocínio Matricial, Dígitos, Sequência de Números e Letras, Códigos e Procura de Símbolos) e 1 subteste suplementar (Aritmética), sendo o mesmo

procedimento realizado no GE. O tempo estimado de aplicação foi de 1 hora e 30 minutos a 2 horas por participante da pesquisa.

3.5.2 Éticos:

Esta pesquisa foi submetida ao comitê de ética da Universidade Federal do Pará, respeitando as normas de pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016 e aprovado, sob parecer nº 2.898.741. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como a garantia do sigilo quanto as suas informações pessoais via termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F).

3.5.3 De Análise:

Após a realização de todas as etapas de coleta, o tratamento estatístico dos dados foi realizado com o auxílio do software SPSS - Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0 para Windows e Aplicativo Statistica, versão 6.0.

Para descrever as informações relativas ao Questionário clínico-sócio-demográfico, o MTA-SNAP-IV, a Escala de Autopercepção de Harter, o TRS e do WISC-IV, a Análise Exploratória de Dados foi utilizada para descrever as informações de modo simples, direto e objetivo, por meio de tabelas, gráficos e medidas de síntese, como porcentagens, índices e médias para organização e resumo dos dados. A técnica tem como objetivo a coleta, organização, caracterização e síntese dos dados permitindo descrever as características de interesse a serem trabalhadas (Bussab & Morettin, 2017).

Além da análise do tipo descritiva, foram empregados testes paramétricos, como o Teste *t* ou teste de hipótese para comparação entre as médias das variáveis quantitativas estudadas entre os dois diferentes grupos, o GC e GE. De acordo com

Bussab e Morettin (2017), neste contexto as hipóteses são afirmações sobre parâmetros populacionais e são testadas para ver se são consideradas verdadeiras ou não. O teste *t* é o método mais utilizado para se avaliar as diferenças entre as médias entre dois grupos. Neste estudo as hipóteses testadas são H_0 : os grupos Experimental e Controle possuem médias do ponto composto iguais *versus* H_1 : os grupos Experimental e Controle possuem médias do ponto composto diferentes. Outro teste utilizado foi o teste do Qui-quadrado, realizado para comparar a prevalência nas variáveis qualitativas. Adotou-se um nível de significância para as inferências estatísticas de $\alpha = 5\%$ ($p \leq 0,05$).

Para identificar o nível de coerência entre a percepção de competência de crianças e a percepção de seus pais, em consonância com as recomendações de Owens et al. (2007) e Molina e Maglio (2013), as classificações de crianças e adultos foram primeiramente padronizadas e, em seguida, a classificação da percepção das crianças foi subtraída da classificação do pai.

Para índices de discrepâncias, tanto positiva quanto negativa, os percentis 25 e 75 das discrepâncias entre as percepções dos pais e das crianças de toda a amostra serão tomados como ponto de corte, criando uma variável nominal com três valores: 1) Discrepância positiva (percepção criança maior que o pai), para aquelas pontuações acima do percentil 75; 2) Concordância ou ausência de discrepância (percepção criança igual do pai), com os escores entre o percentil 75 e o percentil 25; e 3) Discrepância negativa (percepção criança menor que o pai), pontuação abaixo do percentil 25.

Para relacionar os índices de escores no WISC-IV com a autopercepção de competência e o nível de coerência entre a percepção de competência das crianças com e sem TDAH com a percepção de seus pais, foi utilizada a técnica de interdependência: Análise de Correspondência. Para validar a técnica da análise de correspondência é

necessário seguir alguns pressupostos. Primeiramente, para a aplicação da técnica análise de correspondência, Pestana e Gageiro (2005) recomendam que seja realizado o teste qui-quadrado (χ^2) para verificar a existência de dependência entre as variáveis em estudo. As hipóteses testadas são H_0 : as variáveis são independentes e H_1 : as variáveis são dependentes. De acordo com Díaz e López (2007), a estatística do teste qui-quadrado é dado por

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^l \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \quad (1)$$

em que O_{ij} é a frequência observada e E_{ij} é a frequência esperada para a i -ésima linha e j -ésima coluna da tabela de contingência, definido por

$$E_{ij} = \frac{(\text{soma da linha } i) \times (\text{soma da coluna } j)}{\text{Total}} \quad (2)$$

Com a rejeição da hipótese nula (H_0) no teste qui-quadrado (χ^2), o próximo passo consiste em calcular o critério β , para verificar a dependência entre as categorias das variáveis. Em que, as hipóteses testadas são H_0 : as categorias das variáveis são independentes e H_1 : as categorias das variáveis são dependentes. Se o valor de $\beta \geq 3$, indica-se a rejeição da hipótese (H_0), concluindo-se que as categorias das variáveis são associadas entre si. De acordo com Fávero et al. (2009), o cálculo do critério β é obtido pela seguinte fórmula

$$\beta = \frac{\chi^2 - (l-1)(c-1)}{\sqrt{(l-1)(c-1)}}, \quad (3)$$

em que χ^2 é o valor do qui-quadrado; l é o número de linhas e c é o número de colunas da tabela de contingência.

Outro importante pressuposto a ser analisado é o cálculo do percentual de inércia, referente à variação explicada por cada dimensão. De acordo com Ramos et al. (2008), quando utilizada a análise de correspondência simples as associações são propagadas em um plano bidimensional, logo, a soma do percentual de inércia das dimensões 1 e 2 deve ser igual ou superior a 70% para que os resultados sejam válidos.

Para saber qual é a probabilidade de uma categoria de variável estar associada com outra é necessário calcular o coeficiente de confiança, utilizando um procedimento baseado nos resíduos no qual é definido pela diferença entre as frequências esperadas e as observadas. O resíduo padronizado é dado por (RAMOS et al., 2008),

$$Z_{res} = \frac{O_{ij} - E_{ij}}{\sqrt{E_{ij}}}. \quad (4)$$

em que O_{ij} é a frequência observada e E_{ij} é a frequência esperada calculada por meio da Equação (2).

Por fim, após a obtenção dos valores dos resíduos, calcula-se o coeficiente de confiança (γ), para verificar a significância dos resíduos calculados, por meio de (RAMOS et al., 2008),

$$\gamma = \begin{cases} 0 & \text{se } Z_{res} \leq 0; \\ 1 - 2 \times [1 - P(Z < Z_{res})], & \text{se } 0 < Z_{res} < 3; \\ 1 & \text{se } Z_{res} \geq 3, \end{cases} \quad (5)$$

sendo que Z_{res} é uma variável aleatória com distribuição de probabilidade normal padrão. As associações entre as categorias são consideradas significativas, quando o valor do coeficiente de confiança indica probabilidades moderadamente significativas, isto é, quando $50\% \leq \gamma \times 100 < 70\%$ ou quando o valor do coeficiente de confiança indica probabilidades fortemente significativas, isto é, quando $(\gamma) \geq 70,00\%$.

Em todos os testes desta análise, fixou-se $\alpha = 5\%$ ($p \leq 0,05$) para rejeição da hipótese nula. Para realizar a Análise de Correspondência todas as variáveis foram divididas em dois ou três grupos/categorias. As variáveis referentes ao WISC-IV (Compreensão Verbal; Organização Perceptual; Memória Operacional; Velocidade de Processamento e Quociente de Inteligência) foram categorizadas em Baixo (pontuações ≤ 79), Médio (pontuações entre 80 a 109) e Alto (pontuações ≥ 110), assim como as variáveis de Percepção de Competência (Aceitação Social, Competência Motora, Aparência Física, Conduta Comportamental, Autoconceito Geral e Competência Acadêmica) também foram categorizadas em Baixo (pontuações de 1 a 2), Moderado (pontuações 2,1 a 2,9) e Alto (pontuações de 3 a 4).

A tabela 4 exibe a síntese das análises realizadas para este estudo, considerando cada objetivo traçado:

Tabela 4: Síntese das análises estatísticas realizadas conforme os objetivos do estudo.

Objetivos específicos	Instrumento/ técnica	Análise realizada
- Descrever o perfil sócio-demográfico e clínico de crianças com e sem TDAH.	Questionário clínico-sócio-demográfico e SNAP-IV.	Análise Exploratória de Dados
- Relatar o perfil cognitivo de crianças com e sem TDAH através do WISC-IV.	Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV).	Análise Exploratória de Dados e Teste t para comparação das médias das variáveis quantitativas entre GE e GC.
- Identificar a percepção de competência de crianças com e sem TDAH.	<i>Self-perception Profile for children (SPPC)</i> , ou Escala de Autopercepção de Harter.	Análise Exploratória de Dados e Teste Qui-Quadrado para comparação da prevalência nas variáveis qualitativas entre GE e GC.
- Relacionar os índices de escores no WISC-IV com a autopercepção de competência de crianças com e sem TDAH.	WISC-IV e SPPC.	Análise de Correspondência
- Identificar o nível de coerência entre a percepção de competência de crianças com e sem TDAH e a percepção paralela de seus pais.	SPPC e TRS.	Subtração do escore da percepção do pai da competência da criança com o escore da percepção da criança (Owens et al. 2007; Molina e Maglio, 2013). E Teste Qui-Quadrado para comparação da prevalência nas variáveis qualitativas entre GE e GC.
- Relacionar os índices de escores no WISC-IV com o nível de coerência entre a percepção de competência das crianças com e sem TDAH com a percepção paralela de seus pais.	WISC-IV, SPPC E TRS.	Análise de Correspondência

4. RESULTADOS

A seção dos resultados e da discussão foram organizados em 6 tópicos, conforme os objetivos específicos estabelecidos na presente pesquisa.

4.1. Descrever o perfil sócio-demográfico e clínico de crianças com e sem TDAH.

As variáveis como escolaridade e sexo foram pareadas entre os dois grupos, desta forma os valores são iguais para ambos, com predomínio do sexo masculino (86,67%) e escolaridade distribuída do 3º ao 6º ano escolar, com maioria estudando no 3º ano (40%) e 5º ano (30%). A faixa etária das crianças variou de 8 a 12 anos, com média de 9 anos, 10 meses e 3 dias para TDAH, enquanto, de maneira similar, as crianças do GC com idade média de 9 anos, 9 meses e 28 dias. Quanto a composição familiar, a maioria de ambos os grupos eram constituídos por casal com filhos (GE:56,67% e GC:40%) e família estendida (GE:40% e GC:56,67%), com renda econômica familiar predominante de menos de um salário mínimo (GE:53,54% e GC:36,67%) e até 2 salários (GE:36,67% e GC:36,67%).

Para o grupo GE, especificamente, a apresentação do transtorno se equilibrava entre desatenta (46,67%) e combinado (46,67%), com apenas 6,66% do perfil de crianças hiperativa e o tempo de diagnóstico variou de menos de 1 ano até no máximo de 4 anos. Importante ressaltar que nenhuma criança com TDAH desta pesquisa estava em uso de medicações para o transtorno. A seguir, observa-se as tabelas 5 e 6 que apresentam mais detalhes deste grupo:

Tabela 5: Quantidade e Percentual das Características das crianças do GE e GC.

Variáveis	Grupo	Categorias	Quantidade	Percentual
Sexo	GE	Masculino	26	86,67
		Feminino	4	13,33
	GC	Masculino	26	86,67
		Feminino	4	13,33
Ano Escolar	GE	3º E. Fundamental	12	40,00
		4º E. Fundamental	7	23,33
		5º E. Fundamental	9	30,00
		6º E. Fundamental	2	6,67
	GC	3º E. Fundamental	12	40,00
		4º E. Fundamental	7	23,33
		5º E. Fundamental	9	30,00
		6º E. Fundamental	2	6,67
Tempo do Diagnóstico	GE	< 1 ano	9	30,00
		≥ 1 a ≤ 2 anos	5	16,67
		≥ 2 a ≤ 3 anos	6	20,00
		≥ 3 a ≤ 4 anos	10	33,33
Reabilitação Multiprofissional	GE	Sim	18	60,00
		Não	12	40,00
Apresentação	GE	Desatento	14	46,67
		Combinado	14	46,67
		Hiperativo-Impulsivo	2	6,66
	GC	Rastreio Negativo para TDAH	30	100,00
Renda Econômica Familiar	GE	≤ 1	16	53,34
		> 1 a ≤ 2	9	30,00
		> 2 a ≤ 3	4	13,33
		> 3 a ≤ 5	1	3,33
	GC	≤ 1	11	36,67
		> 1 a ≤ 2	11	36,67
		> 2 a ≤ 3	5	16,67
		> 3 a ≤ 5	3	10,00
Procedência	GE	Belém	25	83,35
		Interiores do Pará	5	16,65
	GC	Belém	30	100,00
Composição Familiar	GE	Casal com Filhos	17	56,67
		Família Extensa	12	40,00
		Monoparental	1	3,33
	GC	Casal com Filhos	12	40,00
		Família Extensa	17	56,67
		Monoparental	1	3,33

Tabela 6: Mínimo, Médio e Máximo da variável relacionada à Idade do GE e GC.

Variável	Grupo	Mínimo	Média	Máximo
Idade	GE	8 anos, 0 Meses e 10 dias	9 anos, 10 Meses e 3 dias	12 anos, 0 Meses e 0 dias
	GC	8 anos, 1 Meses e 15 dias	9 anos, 9 Meses e 28 dias	11 anos, 11 Meses e 27 dias

O perfil dos responsáveis das crianças de ambos os grupos eram similares, sendo a prevalência da figura materna (GE:83,34% e GC:73,33%), com média de idade de 40 anos para o grupo de crianças com TDAH e 36 anos para o grupo controle, casada (GE:70% e GC:76,67%) e com ensino médio completo/incompleto (GE:50% e GC:60%). No entanto, no GE, uma porcentagem de 70% não possuíam emprego fixo, caracterizando 63,34% dos responsáveis a ocupação de dona de casa. No GC, 63,33% dos responsáveis trabalhava, com 60% de perfil autônomo (tabela 7):

Tabela 7: Quantidade e Percentual das Características dos responsáveis das crianças do GE e GC.

Variáveis	Grupo	Categorias	Quantidade	Percentual
Responsável da criança	GE	Mãe	25	83,34
		Avó	4	13,33
		Pai	1	3,33
	GC	Mãe	22	73,33
		Avó	2	6,67
		Pai	6	20,00
Situação Civil do responsável	GE	Casado ou com companheiro	21	70,00
		Solteiro	7	23,33
		Separado	2	6,67
	GC	Casado ou com companheiro	23	76,67
		Solteiro	6	20,00
		Separado	1	3,33
Escolaridade do responsável	GE	Fund. Incomp. /Comp.	6	20,00
		Médio Incomp. /Comp.	15	50,00
		Técnico	3	10,00
		Super. Incomp. /Comp.	6	20,00
	GC	Fund. Incomp./Comp.	5	16,67

		Médio Incomp. /Comp.	18	60,00
		Técnico	-	0,00
		Super. Incomp. /Comp.	7	23,33
O responsável trabalha?	GE	Não	21	70,00
		Sim	9	30,00
	GC	Não	11	36,67
		Sim	19	63,33
Ocupação do responsável	GE	Dona de Casa	19	63,34
		Autônoma	2	6,67
		Professora	2	6,67
		Diarista	2	6,67
		Assistente Social	1	3,33
		Cozinheira	1	3,33
		Cuidadora	1	3,33
		Estudante	1	3,33
		Sociólogo	1	3,33
	GC	Dona de Casa	11	36,67
		Autônoma	18	60,00
		Professora	1	3,33

4.2. Relatar o perfil cognitivo de crianças com e sem TDAH através do WISC-IV.

A partir da Tabela 8 pode-se observar que apenas na variável Índice de Memória Operacional (IMO) o valor médio do ponto composto do GE é menor estatisticamente ($p \leq 0,012$) que o valor médio do ponto composto do GC. Os índices: Compreensão Verbal (ICV), Organização Perceptual (IOP), Velocidade de Processamento (IVP) e QI Total apresentam valores médios do ponto composto estatisticamente iguais para ambos os grupos. Apesar de apenas o IMO apresentar diferença significativa, nota-se que o GE possui valores médios inferiores em quase todos os outros componentes do WISC-IV, com exceção de ICV, cujo valor médio foi similar.

Tabela 8: Estatísticas Resultantes da Aplicação do Teste *t* para comparação de médias do ponto composto, do GE e GC, das variáveis que compõem o WISC-IV (Compreensão Verbal; Organização Perceptual; Memória Operacional; Velocidade de Processamento; QI Total)

Índices	Grupo	N	Média	D. Padrão	<i>p</i> – valor
Compreensão Verbal	GC	30	91,7	14,3	0,979
	GE	30	91,6	14,7	
Organização Perceptual	GC	30	100,7	12,7	0,296
	GE	30	96,7	16,2	
Memória Operacional	GC	30	95,2	11,4	0,012*
	GE	30	87,2	12,4	
Velocidade de Processamento	GC	30	93,8	10,3	0,526
	GE	30	91,7	14,8	
QI Total	GC	30	94,0	10,3	0,208
	GE	30	89,9	14,4	

Nota: * Médias diferentes a partir do teste *t*, pois, $p \leq 0,05$.

4.3. Identificar a percepção de competência de crianças com e sem TDAH.

De modo geral, ambos os grupos demonstram na sua maioria percepção de competência alta em quase todos os domínios, com exceção da competência acadêmica, no qual crianças com TDAH relataram percepções baixas (40%) e moderadas (40%), enquanto que crianças sem o transtorno relataram de moderadas (40%) a altas (36,7%). O domínio de conduta comportamental foi o único em que se evidenciou diferenças estatísticas entre os grupos, uma vez que a proporção da distribuição de indivíduos com TDAH com percepções elevadas em comparação com o grupo controle é maior ($p \leq 0,05$). Observe os valores na tabela 9.

Tabela 9: Estatísticas Resultantes da Aplicação do Teste Qui-quadrado para comparar a prevalência nas variáveis qualitativas do GE e GC, das variáveis que compõem a percepção de competência quando inferior, moderada e alta nos domínios Aceitação Social, Competência Motora, Aparência Física, Conduta Comportamental, Competência Acadêmica e Autoconceito Geral.

Domínios	Grupo	n	Baixa Percepção	Moderada Percepção	Alta Percepção	p - valor
Aceitação Social	GC	30	7 (23,3%)	6 (20%)	17 (56,7%)	0,690
	GE	30	6 (20%)	4 (13,3%)	20 (66,7%)	
Competência Motora	GC	30	5 (16,7%)	12 (40%)	13 (43,3%)	0,085
	GE	30	5 (16,7)	10 (33,3%)	15 (50%)	
Aparência Física	GC	30	1 (3,3%)	1 (3,3%)	28 (93,4%)	0,584
	GE	30	3 (10%)	1 (3,3%)	26 (86,7%)	
Conduta Comportamental	GC	30	4 (13,3%)	7 (23,3%)	19 (63,4%)	0,050*
	GE	30	3 (10%)	1 (3,3%)	26 (86,7%)	
Competência Acadêmica	GC	30	7 (23,3%)	12 (40%)	11 (36,7%)	0,250
	GE	30	12 (40%)	12 (40%)	6 (20%)	
Autoconceito Geral	GC	30	---	2 (6,7%)	28 (93,3%)	0,182
	GE	30	3 (10%)	1 (3,3%)	26 (86,7%)	

Nota: * Valores diferentes a partir do teste Qui-quadrado, pois, $p \leq 0,05$.

4.4. Relacionar os índices de escores no WISC-IV com a autopercepção de competência de crianças com e sem TDAH.

O Quociente de Inteligência (QI) total do WISC-IV apresentou relações significativas com a percepção de competências de crianças com e sem TDAH. Os valores baixos no QI foram vinculados a baixas e/ou moderadas percepção de competência em todos os domínios em crianças no GE, e valores altos no QI foram associados a alta percepção em 3 domínios (comportamental, acadêmico e social) em crianças com TDAH. Para este grupo, os valores dentro da media de QI, possuíram significativas relações com altas percepção de competências em 4 domínios (social, motora, física e autoconceito geral). No GC, baixas pontuações no QI foram observadas em crianças com baixa percepção de competência em apenas 3 domínios (social, motor e acadêmico). Já para os valores altos, não houve nenhuma relação com a percepção de competência.

Em relação aos quatro índices fatoriais que compõem o WISC-IV, o índice de Compreensão Verbal (ICV), que avalia as capacidades cognitivas específicas de conteúdo verbal, foi o componente que mais apresentou associação com a percepção de competência de crianças para ambos os grupos. Em crianças com TDAH, o rendimento baixo no ICV foi relacionado a baixas e/ou moderadas percepções de competências em aceitação social, aparência física, conduta comportamental, autoconceito geral e competência acadêmica. Apenas a competência motora não foi associada a pontuações baixas em ICV. Já os rendimentos mais altos neste índice estavam presentes em crianças com alta percepção de competência em aceitação social, conduta comportamental e competência acadêmica.

No GC, não apenas as crianças classificadas com pontuações baixas, mas também aquelas dentro da média em ICV apresentaram baixa e/ou moderada autoestima em praticamente todos os componentes de percepção de competência, com exceção de conduta comportamental. No entanto, valores altos em compreensão verbal, da mesma forma que são relacionados à alta percepção de competência em componentes como acadêmicos e motores, também foram descritos em baixa percepção de competência em aceitação social e aparência física.

Outro índice do WISC-IV fortemente relacionado com a percepção de competência foi a velocidade de processamento (IVP), que estima componentes cognitivos como a velocidade psicomotora e velocidade mental, as pontuações baixas nesta variável foram observadas em crianças do GE com baixa e/ou moderada percepção de competência em quase todos os domínios, com exceção da aparência física, e os valores altos só não estavam evidentes nas percepções altas de aparência física e autoconceito geral. Nas crianças do GC, valores baixos no IVP foram encontrados nas percepções de competência moderadas, com exceção autoconceito

geral e aparência física. No entanto, valores altos não demonstraram nenhum valor estatístico significativo.

No que diz respeito ao índice de memorial operacional (IMO), que avalia a capacidade para manter uma informação na mente por um curto período de tempo e realizar operações mentais e planejar uma resposta, em crianças do GE, o rendimento baixo neste índice foram associadas a baixas e/ou moderadas em percepção de competência em 3 domínios (social, acadêmico e comportamental). E os valores altos no IMO não possuíram nenhum impacto significativo. Já no GC, valores do IMO baixo foi relacionado a baixas e/ou moderadas em percepção de competência também em 3 domínios (social, acadêmico e comportamental), mas na conduta comportamental também se associou a altas percepções. Crianças do GC classificadas com alto valor no referido índice não apresentaram valor estatístico significativo com a percepção de competência.

E por fim, o índice que teve menor relação com a autoestima de crianças com TDAH foi a organização perceptual (IOP), que estima componentes cognitivos de raciocínio fluído, no qual rendimentos baixos foram observados tanto em baixa, como em moderada e alta percepção de competência em comportamento, aparência física e autoconceito geral, 3 respectivamente. Já valores altos foram associados a percepções elevadas em comportamento, aparência física e autoconceito geral. No GC, o IOP aparece mais fortemente relacionado, uma vez que as baixas e as altas pontuações no índice foram relacionadas a altas percepções em 4 domínios (social, comportamento, acadêmico e motor).

Desta forma, os resultados apontam que de maneira geral, as crianças com TDAH com baixa autoestima, principalmente em domínios sociais, comportamentais e

acadêmicos são relacionadas a baixas pontuações em componentes cognitivos do WISC-IV, com maior relevância no QI, compressão verbal e velocidade de processamento. No GC, as crianças com baixa auto-estima, especialmente nos domínios de percepção de competência social e acadêmico, são associadas a baixas pontuações nos índices de compressão verbal e velocidade de processamento.

Em relação as altas percepções de competências no quesito social, comportamental e acadêmico em crianças com TDAH refletiram alto rendimento no QI, compressão verbal e velocidade de processamento. Nas crianças do GC, rendimentos maiores em organização perceptual e compressão verbal são relacionados a alta autoestima, principalmente no quesito acadêmica. Assim, é importante ressaltar que o índice do WISC-IV mais fortemente relacionado com a auto-estima de crianças, para ambos os grupos, foi a compreensão verbal e o componente de conduta comportamental se mostrou associado ao perfil cognitivo, principalmente em crianças com TDAH.

Na tabela 10 podem ser encontrados todos os valores e níveis de confiança das variáveis dos índices do WISC-IV e percepção de competência de crianças com e sem TDAH.

Tabela 10: Resíduos e Níveis de Confiança (entre parênteses), resultantes da aplicação da técnica de Análise de Correspondência as variáveis relacionadas a Percepção de Competência e o WISC do GE e GC: Compreensão Verbal; Organização Perceptual; Memória Operacional; Velocidade de Processamento; QI, Aceitação Social, Competência Motora e Aparência Física.

Índices	Grupo	Categorias	Aceitação Social			Competência Motora			Aparência Física		
			Baixa	Moderada	Alto	Baixa	Moderada	Alta	Baixa	Moderada	Alta
Compreensão Verbal	GE	Baixa	2,31(97,91)*	0,71(52,05)**	-1,58 (0,00)	0,00(0,00)	0,00(0,00)	0,00(0,00)	5,72(100,00)*	5,66(100,00)*	-3,05(0,00)
		Média	-0,88(0,00)	-0,12(0,00)	0,54(40,97)	0,27(21,22)	-0,76(0,00)	0,47(35,90)	-2,71(0,00)	-2,77(0,00)	1,46(85,68)*
		Alta	-1,41(0,00)	-1,15(0,00)	1,29(80,33)*	-1,29(0,00)	3,65(99,97)*	-2,24(0,00)	-1,00(0,00)	-0,58(0,00)	0,45(34,94)
	GC	Baixo	0,91(63,57)**	-1,07(0,00)	0,05(4,22)	-0,49(0,00)	2,27(97,67)*	-1,88(0,00)	-1,53(0,00)	-1,53(0,00)	0,58(43,63)
		Média	-1,58(0,00)	0,90(63,43)**	0,48(36,71)	0,55(41,80)	-0,85(0,00)	0,48(36,73)	-2,71(0,00)	0,98(67,52)**	0,33(25,53)
		Alto	5,02(100,00)*	-1,41(0,00)	-2,38(0,00)	-1,29(0,00)	-2,00(0,00)	2,72(99,35)*	16,74(100,00)*	-0,58(0,00)	-3,06(0,00)
Organização Perceptual	GE	Baixa	1,63(89,75)*	-2,00(0,00)	0,00(0,00)	2,24 (97,47)*	3,16(99,84)*	-3,87 (0,00)	-1,73(0,00)	9,00(100,00)*	-1,18 (0,00)
		Média	0,29(22,72)	1,41(84,27)*	-0,79(0,00)	0,00(0,00)	-1,12(0,00)	0,91(63,87)**	1,22(77,93)*	-2,83(0,00)	0,14(11,03)
		Alta	-2,45(0,00)	-2,00(0,00)	2,24(97,47)*	-2,24(0,00)	0,00(0,00)	1,29(80,33)*	-1,73(0,00)	-1,00(0,00)	0,78(56,72)**
	GC	Baixo	-1,53(0,00)	-1,41(0,00)	1,82(93,13)*	-1,29(0,00)	-2,00(0,00)	2,72(99,35)*	p = 0,510		
		Média	-0,09(0,00)	1,11(73,27)*	-0,60(0,00)	-0,51(0,00)	1,57(88,33)*	-1,19(0,00)			
		Alto	1,13(74,32)*	-2,45(0,00)	0,73(53,31)**	2,24(97,47)*	-3,46(0,00)	1,94(94,78)*			
Memória Operacional	GE	Baixa	-1,07(0,00)	3,49(99,95)*	-0,98(0,00)	p = 0,394			p = 0,094		
		Média	0,59(44,47)	-1,93(0,00)	0,54(40,97)						
		Alta	†	†	†						
	GC	Baixo	2,47(98,64)*	-2,00(0,00)	-0,40(0,00)	3,65(99,97)*	-2,83(0,00)	0,45(34,94)	p = 0,465		
		Média	-0,66(0,00)	0,53(40,70)	0,11(8,43)	-0,98(0,00)	0,76(55,03)**	-0,12(0,00)			
		Alto	†	†	†	†	†	†			
Velocidade de Processamento	GE	Baixa	1,63(89,75)*	3,00(99,73)*	-2,24(0,00)	2,24(97,47)*	0,00(0,00)	-1,29(0,00)	p = 0,131		
		Média	-0,28(0,00)	-0,79(0,00)	0,51(38,74)	-0,51(0,00)	0,36(27,97)	0,00(0,00)			
		Alta	-1,41(0,00)	-1,15(0,00)	1,29(80,33)*	-1,29(0,00)	-1,83(0,00)	2,24 (97,47)*			
	GC	Baixo	-2,65(0,00)	1,63(89,75)*	0,73(53,31)**	-2,24(0,00)	2,31(97,91)*	-0,83(0,00)	p = 0,304		
		Média	0,88(62,22)**	-0,54(0,00)	-0,24(0,00)	0,75(54,39)**	-0,77(0,00)	0,28(21,85)			
		Alto	†	†	†	†	†	†			
QI	GE	Baixa	4,24(100,00)*	2,02(95,67)*	-3,23(0,00)	5,16(100,00)*	1,83(93,21)*	-4,47 (0,00)	3,00(99,73)*	7,51(100,00)*	-2,49(0,00)
		Média	-1,15(0,00)	-0,35(0,00)	0,79(57,08)**	-1,58(0,00)	-1,12(0,00)	1,83(93,21)	-0,82(0,00)	-2,83(0,00)	0,83(59,46)**
		Alta	-2,00(0,00)	-1,63(0,00)	1,83(93,21)*	-1,83(0,00)	1,29(80,33)*	0,00(0,00)	-1,41(0,00)	-0,82(0,00)	0,64(47,82)
	GC	Baixo	1,13(74,32)*	-2,45(0,00)	0,73(53,31)**	2,24(97,47)*	-0,58(0,00)	-0,83(0,00)	p = 0,304		
		Média	-0,38(0,00)	0,82(58,58)**	-0,24(0,00)	-0,75(0,00)	0,19(15,26)	0,28(21,85)			
		Alto	†	†	†	†	†	†			

Nota: **Probabilidades moderadamente significativas, pois $50\% \leq \gamma \times 100 < 70\%$; *Probabilidades fortemente significativas, pois $\gamma \times 100 \geq 70\%$; † – Sem Ocorrência.

Tabela 10 (cont.): Resíduos e Níveis de Confiança (entre parênteses), resultantes da aplicação da técnica de Análise de Correspondência as variáveis relacionadas a Percepção de Competência e o WISC do GE e GC: Compreensão Verbal; Organização Perceptual; Memória Operacional; Velocidade de Processamento; QI, Conduta Comportamental, Auto Conceito Geral, Competência Acadêmica.

Índices	Grupo	Categorias	Conduta Comportamental			Autoconceito Geral			Competência Acadêmica		
			Baixa	Moderada	Alta	Baixa	Moderada	Alta	Baixa	Moderada	Alta
Compreensão Verbal	GE	Baixa	-2,45(0,00)	1,71(91,19)*	-0,35(0,00)	5,72(100,00)*	-1,41(0,00)	-1,66(0,00)	1,22(77,93)*	1,22(77,93)*	-3,46(0,00)
		Média	1,46(85,56)*	-0,47(0,00)	-0,24(0,00)	-2,71(0,00)	0,84(60,06)**	0,76(55,01)**	-0,21(0,00)	-0,21(0,00)	0,59(44,47)
		Alta	-1,00(0,00)	-1,91(0,00)	2,02(95,67)*	-1,00(0,00)	-0,58(0,00)	0,45(34,94)	-2,00(0,00)	-2,00(0,00)	5,66(100,00)*
	GC	Baixo	$p = 0,129$			†	-2,16(0,00)	0,58(43,63)	-1,57(0,00)	6,05(100,00)*	-5,07(0,00)
		Média					1,39(83,63)*	-0,37(0,00)	1,21(77,36)*	-2,98(0,00)	2,15(96,86)*
		Alto					-0,820,00	0,2217,27	-1,53(0,00)	-2,00(0,00)	3,31(99,91)*
Organização Perceptual	GE	Baixa	4,04(99,99)*	-0,30(0,00)	-1,50(0,00)	-1,73(0,00)	-1,00(0,00)	0,78(56,72)**	-0,58(0,00)	-0,58(0,00)	1,63(89,75)*
		Moderada	-0,82(0,00)	1,28(79,92)*	-0,71(0,00)	1,22(77,93)*	0,71(52,05)**	-0,55(0,00)	1,43(84,70)*	1,43(84,70)*	-4,04(0,00)
		Alta	-1,73(0,00)	-3,32(0,00)	3,50(99,95)*	-1,73(0,00)	-1,00(0,00)	0,78(56,72)**	-3,46(0,00)	-3,46(0,00)	9,80(100,00)*
	GC	Baixo	-1,15(0,00)	-1,53(0,00)	1,46(85,49)*	$p = 0,192$			-1,53(0,00)	-2,00(0,00)	3,31(99,91)*
		Média	0,91(63,50)**	1,20(76,92)*	-1,14(0,00)				1,20(76,92)*	0,59(44,37)	-1,57(0,00)
		Alto	-2,00(0,00)	-2,65(0,00)	2,52(98,84)*				-2,65(0,00)	-0,58(0,00)	2,71(99,33)*
Memória Operacional	GE	Baixa	1,13(74,32)*	2,83(99,53)*	-2,84(0,00)	$p = 0,094$			2,27(97,67)*	0,38(29,45)	-3,74(0,00)
		Média	-0,63(0,00)	-1,56(0,00)	1,57(88,24)*				-1,25(0,00)	-0,21(0,00)	2,06(96,10)*
		Alta	†	†	†				†	†	†
	GC	Baixo	-1,63(0,00)	-2,16(0,00)	2,06(96,06)*	$p = 0,216$			2,47(98,64)*	0,71(52,05)**	-2,71(0,00)
		Média	0,44(33,75)	0,58(43,63)	-0,55(0,00)				-0,66(0,00)	-0,19(0,00)	0,72(53,08)**
		Alto	†	†	†				†	†	†
Velocidade de Processamento	GE	Baixa	-1,73(0,00)	2,71(99,33)*	-1,50(0,00)	4,04(99,99)*	-1,00(0,00)	-1,18(0,00)	2,31(97,91)*	-3,46(0,00)	1,63(89,75)*
		Média	0,78(56,72)**	-0,55(0,00)	0,11(9,01)	-1,18(0,00)	0,45(34,94)	0,31(24,41)	-0,39(0,00)	1,57(88,33)*	-1,66(0,00)
		Alta	-1,00(0,00)	-1,91(0,00)	2,02(95,67)*	-1,00(0,00)	-0,58(0,00)	0,45(34,94)	-2,00(0,00)	-2,00(0,00)	5,66(100,00)*
	GC	Baixo	-2,00(0,00)	8,69(100,00)*	-4,36(0,00)	$p = 0,123$			1,13(74,32)*	2,31(97,91)*	-3,32(0,00)
		Média	0,67(49,50)	-2,90(0,00)	1,45(85,38)*				-0,38(0,00)	-0,77(0,00)	1,11(73,11)*
		Alto	†	†	†				†	†	†
QI	GE	Baixa	-2,00(0,00)	4,00(99,99)*	-2,45(0,00)	8,00(100,00)*	-1,15(0,00)	-2,49(0,00)	3,50(99,95)*	-1,50(0,00)	-2,83(0,00)
		Média	1,22(77,93)*	-0,85(0,00)	0,18(14,03)	-2,86(0,00)	0,71(52,05)**	0,83(59,46)**	-0,61(0,00)	1,43(84,70)*	-1,15(0,00)
		Alta	-1,41(0,00)	-2,71(0,00)	2,86(99,57)*	-1,41(0,00)	-0,82(0,00)	0,64(47,82)	-2,83(0,00)	-2,83(0,00)	8,00(100,00)*
	GC	Baixo	$p = 0,052$			$p = 0,123$			1,13(74,32)*	2,31(97,91)*	-3,32(0,00)
		Média							-0,38(0,00)	-0,77(0,00)	1,11(73,11)*
		Alto							†	†	†

Nota: **Probabilidades moderadamente significativas, pois $50\% \leq \gamma \times 100 < 70\%$; *Probabilidades fortemente significativas, pois $\gamma \times 100 \geq 70\%$; † – Sem Ocorrência.

4.5. Identificar o nível de coerência entre a percepção de competência de crianças com e sem TDAH e o relato da percepção de seus pais.

Em uma perspectiva geral, conforme observado na tabela 11, o nível de coerência do relato da percepção de competência das crianças do GE e GC e a percepção dos seus respectivos pais foi, em sua maioria, coerente em quase todos os domínios: social (GE:46,7% e GC:50%), motor (GE:46,7% e GC:46,7%), físico (GE:86,7% e GC:93,3%) e acadêmico (GE:46,7% e GC:36,7%). Em relação aos níveis de relatos incoerentes, a incoerência superior (supervalorização) surgiu principalmente em crianças com TDAH em conduta comportamental (53,3%), competência social (33,3%), motora (40%) e acadêmica (40%), enquanto que nas crianças sem o transtorno, a incoerência inferior (subestimação) foi relatada com mais frequência em competência social (33,3%), motora (40%) e acadêmica (36,7%). Não houve incoerência superior para nenhum grupo em aparência física.

Evidenciou-se diferenças estatísticas entre os grupos na variável conduta comportamental, uma vez que a proporção da distribuição de indivíduos com TDAH com percepções elevadas em comparação com o grupo controle é maior ($p \leq 0,05$).

Tabela 11: Estatísticas Resultantes da Aplicação do Teste Qui-quadrado para comparar a prevalência nas variáveis qualitativas do GE e GC, das variáveis que compõem a coerência da percepção de competência quando incoerência inferior da criança, coerência criança-pai e incoerência superior criança nos domínios Aceitação Social, Competência Motora, Aparência Física, Conduta Comportamental e Competência Acadêmica.

Variável	Grupo	N	Incoerência Inferior	Coerência	Incoerência Superior	p - valor
Aceitação Social	GC	30	10 (33,3%)	15 (50%)	5 (16,7%)	0,610
	GE	30	6 (20%)	14 (46,7%)	10 (33,3%)	
Competência Motora	GC	30	12 (40%)	14 (46,7%)	4 (13,3%)	0,091
	GE	30	4 (13,3)	14 (46,7%)	12 (40%)	
Aparência Física	GC	30	2 (6,7%)	28 (93,3%)	--	0,690
	GE	30	4 (13,3%)	26 (86,7%)	--	
Conduta Comportamental	GC	30	8 (26,7%)	17 (56,7%)	5 (16,6%)	0,006*
	GE	30	2 (6,7%)	12 (40%)	16 (53,3%)	
Competência Acadêmica	GC	30	11 (36,7%)	11 (36,7%)	8 (26,6%)	0,351
	GE	30	4 (13,3%)	14 (46,7%)	12 (40%)	

Nota: * Valores diferentes a partir do teste Qui-quadrado, pois, $p \leq 0,05$.

4.6. Relacionar os índices de escores no WISC-IV com o nível de coerência entre a percepção de competência das crianças com e sem TDAH e o relato da percepção de seus pais.

O Quociente de Inteligência (QI) total do WISC-IV apresentou relações significativas com o com o nível de coerência entre a percepção de competência das crianças com e sem TDAH e o relato da percepção de seus pais, mas principalmente para as crianças com o transtorno. Os rendimentos altos no QI no GE foram relacionados a relatos coerentes entre a percepção de competência de pais e filhos no componente social, acadêmico, motor e comportamental, e os valores baixos no índice em incoerência em quase todos os domínios, com exceção de competência acadêmica. No GC, não houve relação entre os rendimentos no QI altos e o nível de coerência entre as percepções de competências das crianças. Os baixos rendimentos no QI foram

associados tanto com relatos incoerentes entre filhos e pais (Ex: aceitação social) como em relatos coerentes (Ex: motora e comportamental).

Em relação aos quatro índices fatoriais que compõem o WISC-IV, o índice de Compreensão Verbal (ICV), que avalia as capacidades cognitivas específicas de conteúdo verbal, foi um dos componentes que apresentou forte associação com a percepção de competência de crianças para ambos os grupos. No GE, o rendimento baixo no ICV foi relacionado a níveis de incoerência entre a percepção de competência das crianças com a percepção dos seus pais em todos os domínios: aceitação social (incoerência inferior), competência motora (incoerência inferior e superior), aparência física (incoerência inferior), conduta comportamental (incoerência inferior) e competência acadêmica (incoerência inferior e superior). Por outro lado, os rendimentos altos neste índice estavam presentes em níveis coerentes dos relatos entre as percepções em quase todas as competências, com exceção de aparência física.

No GC, as crianças classificadas com pontuações altas em ICV apresentaram coerência das percepções entre pais e filhos em 3 domínios (motora, comportamental e acadêmica), mas também incoerência inferior nos outros 2 restantes (social e física). Valores baixos neste índice são relacionados a incoerência, principalmente ao relato superior do filho em comparação ao pai, em 3 domínios (aceitação social, conduta comportamental e acadêmica).

Outro índice do WISC-IV, a organização perceptual (IOP), que estima componentes cognitivos de raciocínio fluído, também apresentou forte associação com a percepção de competência de crianças com e sem TDAH. No GE, altas pontuações em IOP foram observadas em níveis coerentes nas percepções de competências das crianças com TDAH e seus pais em todos os domínios; e os rendimentos baixos foram

relacionados em relatos incoerentes em quase todas variáveis de competências, com excessão da conduta comportamental. Nas crianças do GC, valores altos no IOP foram encontrados na sua maioria em relatos coerentes de 4 domínios (aceitação social, motora, comportamental e acadêmica), os rendimentos baixos na incoerência superior de competência motora e acadêmica, mas também na coerência de conduta comportamental e aceitação social.

O índice velocidade de processamento (IVP), que estima componentes cognitivos como a velocidade psicomotora e velocidade mental, em crianças com TDAH com rendimento alto no índice, foram classificadas em níveis coerentes com a percepção de seus pais em quase todos os domínios de competência, com exceção de aparência física. Os valores baixos tanto em incoerência (comportamental, social e motora) como coerência (aparência física e acadêmica). No GC, as altas pontuações no IVP não evidenciou relação com o nível de coerência do relato da percepção entre pais e filhos, apenas rendimentos baixos em IVP foram observados em percepções incoerentes em 3 dominios (social, comportamental e acadêmica).

Por fim, o índice de memorial operacional (IMO), que avalia a capacidade para manter uma informação na mente por um curto período de tempo e realizar operações mentais e planejar uma resposta, demonstrou menor relação com o nível de coerência entre a percepção de competência das crianças com TDAH e a percepção paralela dos seus pais, pois apenas pontuações baixas foram associadas a incoerência em domínios sociais e comportamentais. Enquanto que no GC, o IMO possui forte relação, uma vez que altas pontuações no IMO surgiram relacionadas a relatos coerentes entre pais e filhos em 2 dominios (social e motor) e pontuações baixas no índice, em sua maioria em relatos incoerentes em 3 dominios (comportamental, acadêmica e motora).

Desta forma, os resultados apontam que de maneira geral, crianças com TDAH com relatos incoerentes das suas percepções de competências quando comparadas com a percepção dos seus pais, tanto no caráter de superestimação ou subestimação de suas competências foram relacionadas a baixas pontuações, principalmente em compreensão verbal, organização perceptual e QI. No GC, esses relatos incoerentes refletiram em baixo rendimento em memória operacional, compressão verbal e velocidade de processamento.

Os relatos coerentes, cujas percepções de competências entre crianças com TDAH são iguais às percepções de seus pais, foram relacionados a altos valores na compreensão verbal, organização perceptual, velocidade de processamento e QI. As crianças do GC, os relatos coerentes refletiram em rendimentos altos em compreensão verbal, organização perceptual e memória operacional.

Assim, é importante ressaltar que os índices do WISC-IV mais fortemente relacionados ao nível de coerência das percepções de competências entre pais e filhos, para ambos os grupos, foi a compreensão verbal e organização perceptual. A memória operacional associou-se ao nível de coerências dos relatos mais especificamente de crianças sem o transtorno. Na tabela 12 podem ser encontrados todos os valores e níveis de confiança das variáveis dos índices do WISC-IV e o nível de coerência entre percepção de competência de crianças com e sem TDAH e a percepção paralela de seus pais.

Tabela 12: Resíduos e Níveis de Confiança (entre parênteses), resultantes da aplicação da técnica de Análise de Correspondência as variáveis relacionadas ao nível de coerência entre relato de percepção de competência de crianças do GE e GC e percepção paralela de seus pais: Compreensão Verbal; Organização Perceptual; Memória Operacional; Velocidade de Processamento; QI, Aceitação Social, Competência Motora e Aparência Física.

Variáveis	Grupo	Categorias	Aceitação Social			Competência Motora			Aparência Física		
			Filho Menor	Igual	Filho Maior	Filho Menor	Igual	Filho Maior	Filho Menor	Igual	Filho Maior
Compreensão Verbal	GE	Baixo	2,31(97,91)*	0,38(29,45)	-2,24(0,00)	0,71(52,05)**	-3,40(0,00)	3,27(99,89)*	7,78(100,00)*	-3,05(0,00)	†
		Médio	-0,88(0,00)	-0,71(0,00)	1,52(87,22)*	-0,12(0,00)	1,22(77,85)*	-1,25(0,00)	-3,73(0,00)	1,46(85,68)*	
		Alto	-1,41(0,00)	2,47(98,64)*	-1,83(0,00)	-1,15(0,00)	2,47(98,64)*	-2,00(0,00)	-1,15(0,00)	0,45(34,94)	
	GC	Baixo	-0,69(0,00)	-0,85(0,00)	2,44(98,53)*	0,38(29,45)	1,28(80,05)*	-3,06(0,00)	-2,16(0,00)	0,58(43,63)	†
		Médio	-0,39(0,00)	0,95(65,96)**	-1,10(0,00)	0,21(16,88)	-1,25(0,00)	1,97(95,11)	-1,22(0,00)	0,33(25,53)	
		Alto	3,65(99,97)*	-2,24(0,00)	-1,29(0,00)	-2,00(0,00)	2,47(98,64)*	-1,15(0,00)	11,43(100,00)*	-3,06(0,00)	
Organização Perceptual	GE	Baixo	1,63(89,75)*	-3,74(0,00)	3,16(99,84)*	3,00(99,73)*	-1,07(0,00)	-0,58(0,00)	3,00(99,73)*	-1,18(0,00)	†
		Médio	0,29(22,72)	0,76(55,03)**	-1,12(0,00)	-0,35(0,00)	-0,19(0,00)	0,41(31,69)	-0,35(0,00)	0,14(11,03)	
		Alto	-2,45(0,00)	1,60(89,12)*	0,00(0,00)	-2,00(0,00)	1,60(89,12)*	-0,58(0,00)	-2,00(0,00)	0,78(56,72)**	
	GC	Baixo	-1,83(0,00)	2,24(97,47)*	-1,29(0,00)	-2,00(0,00)	-2,16(0,00)	7,51(100,00)*	p = 0,192		
		Médio	0,36(27,97)	-0,88(0,00)	1,01(68,88)**	1,57(88,33)*	-0,12(0,00)	-2,49(0,00)			
		Alto	0,00(0,00)	1,29(80,33)*	-2,24(0,00)	-3,46(0,00)	1,60(89,12)*	3,00(99,73)*			
Memória Operacional	GE	Baixo	1,60(89,12)*	1,28(80,05)*	-2,76(0,00)	p = 0,394			p = 0,789		
		Médio	-0,88(0,00)	-0,71(0,00)	1,52(87,22)*						
		Alto	†	†	†						
	GC	Baixo	-1,83(0,00)	2,24(97,47)*	-1,29(0,00)	-2,00(0,00)	-2,16(0,00)	7,51(100,00)*	p = 0,192		
		Médio	0,36(27,97)	-0,88(0,00)	1,01(68,88)**	1,57(88,33)*	-0,12(0,00)	-2,49(0,00)			
		Alto	0,00(0,00)	1,29(80,33)*	-2,24(0,00)	-3,46(0,00)	1,60(89,12)*	3,00(99,73)*			
Velocidade de Processamento	GE	Baixo	5,72(100,00)*	-3,74(0,00)	0,00(0,00)	-2,00(0,00)	-1,07(0,00)	2,31(97,91)*	-2,00(0,00)	0,78(56,72)**	†
		Médio	-1,66(0,00)	0,79(56,86)**	0,36(27,97)	0,91(63,50)**	-0,12(0,00)	-0,39(0,00)	0,91(63,50)**	-0,36(0,00)	
		Alto	-1,41(0,00)	2,47(98,64)*	-1,83(0,00)	-1,15(0,00)	2,47(98,64)*	-2,00(0,00)	-1,15(0,00)	0,45(34,94)	
	GC	Baixo	0,00(0,00)	-1,29(0,00)	2,24(97,47)*	-0,58(0,00)	1,60(89,12)*	-2,00(0,00)	p = 0,123		
		Médio	0,00(0,00)	0,43(33,30)	-0,75(0,00)	0,19(15,26)	-0,53(0,00)	0,67(49,50)			
		Alto	†	†	†	†	†	†			
QI	GE	Baixo	4,24(100,00)*	-2,01(0,00)	-0,91(0,00)	-2,31(0,00)	0,31(24,24)	1,00(68,27)**	6,35(100,00)*	-2,49(0,00)	†
		Médio	-1,15(0,00)	-0,19(0,00)	1,12(73,64)*	1,41(84,27)*	-1,13(0,00)	0,41(31,69)	-2,12(0,00)	0,83(59,46)**	
		Alto	-2,00(0,00)	3,49(99,95)*	-2,58(0,00)	-1,63(0,00)	3,49(99,95)*	-2,83(0,00)	-1,63(0,00)	0,64(47,82)	
	GC	Baixo	0,00(0,00)	-3,87(0,00)	6,71(100,00)*	-3,46(0,00)	4,28(100,00)*	-2,00(0,00)	p = 0,123		
		Médio	0,00(0,00)	1,29(80,33)*	-2,24(0,00)	1,15(75,18)*	-1,43(0,00)	0,67(49,50)			
		Alto	†	†	†	†	†	†			

Nota: **Probabilidades moderadamente significativas, pois $50\% \leq \gamma \times 100 < 70\%$; *Probabilidades fortemente significativas, pois $\gamma \times 100 \geq 70\%$; † – Sem Ocorrência.

Tabela 12 (cont.): Resíduos e Níveis de Confiança (entre parênteses), resultantes da aplicação da técnica de Análise de Correspondência as variáveis relacionadas ao nível de coerência entre relato de percepção de competência de crianças do GE e GC e percepção paralela de seus pais: Compreensão Verbal; Organização Perceptual; Memória Operacional; Velocidade de Processamento; QI, conduta comportamental e Competência Acadêmica.

Variáveis	Grupo	Categorias	Conduta Comportamental			Competência Acadêmica		
			Filho Menor	Igual	Filho Maior	Filho Menor	Igual	Filho Maior
Compreensão Verbal	GE	Baixo	3,00(99,73)*	-0,82(0,00)	-0,35(0,00)	0,71(52,05)**	-1,51(0,00)	1,22(77,93)*
		Médio	-1,36(0,00)	-0,21(0,00)	0,66(49,21)	-0,12(0,00)	0,26(20,31)	-0,21(0,00)
		Alto	-0,82(0,00)	3,00(99,73)*	-2,31(0,00)	-1,15(0,00)	2,47(98,64)*	-2,00(0,00)
	GC	Baixo	-2,01(0,00)	0,05(4,22)	2,44(98,53)*	-1,12(0,00)	-1,12(0,00)	2,62(99,13)*
		Médio	1,48(86,10)*	-0,42(0,00)	-1,10(0,00)	1,04(70,13)*	-0,07(0,00)	-1,13(0,00)
		Alto	-1,63(0,00)	1,82(93,13)*	-1,29(0,00)	-1,91(0,00)	3,31(99,91)*	-1,63(0,00)
Organização Perceptual	GE	Baixo	-1,41(0,00)	2,31(97,91)*	-1,50(0,00)	-2,00(0,00)	-1,07(0,00)	2,31(97,91)*
		Médio	1,00(68,27)**	-1,63(0,00)	1,06(71,12)*	1,41(84,27)*	-1,13(0,00)	0,41(31,69)
		Alto	-1,41(0,00)	2,31(97,91)*	-1,50(0,00)	-2,00(0,00)	4,28(100,00)*	-3,46(0,00)
	GC	Baixo	-1,63(0,00)	1,82(93,13)*	-1,29(0,00)	-1,91(0,00)	-1,91(0,00)	4,49(100,00)*
		Médio	1,28(79,98)*	-0,60(0,00)	-0,51(0,00)	0,48(36,73)	-0,55(0,00)	0,08(6,38)
		Alto	-2,83(0,00)	0,73(53,31)**	2,24(97,47)*	-0,30(0,00)	2,71(99,33)*	-2,83(0,00)
Memória Operacional	GE	Baixo	2,47(98,64)*	-5,29(0,00)	3,71(99,98)*	$p = 0,075$		
		Médio	-1,36(0,00)	2,92(99,65)*	-2,05(0,00)			
		Alto	†	†	†			
	GC	Baixo	-2,31(0,00)	-0,40(0,00)	3,65(99,97)*	0,98(67,52)**	-2,71(0,00)	2,02(95,67)*
		Médio	0,62(46,29)	0,11(8,43)	-0,98(0,00)	-0,26(0,00)	0,72(53,08)*	-0,54(0,00)
		Alto	†	†	†	†	†	†
Velocidade de Processamento	GE	Baixo	5,66(100,00)*	-0,58(0,00)	-1,50(0,00)	-2,00(0,00)	1,60(89,12)*	-0,58(0,00)
		Médio	-1,76(0,00)	-0,39(0,00)	0,96(66,42)**	0,91(63,50)**	-1,03(0,00)	0,59(44,37)
		Alto	-0,82(0,00)	3,00(99,73)*	-2,31(0,00)	-1,15(0,00)	2,47(98,64)*	-2,00(0,00)
	GC	Baixo	4,24(100,00)*	-1,70(0,00)	-2,24(0,00)	2,71(99,33)*	-0,30(0,00)	-2,83(0,00)
		Médio	-1,41(0,00)	0,57(42,85)	0,75(54,39)**	-0,90(0,00)	0,10(8,01)	0,94(65,42)**
		Alto	†	†	†	†	†	†
QI	GE	Baixo	10,61(100,00)*	-1,50(0,00)	-2,45(0,00)	-2,31(0,00)	2,62(99,13)*	-1,50(0,00)
		Médio	-4,00(0,00)	-0,61(0,00)	1,94(94,82)*	1,41(84,27)*	-2,08(0,00)	1,43(84,70)*
		Alto	-1,15(0,00)	4,24(100,00)*	-3,27(0,00)	-1,63(0,00)	3,49(99,95)*	-2,83(0,00)
	GC	Baixo	-2,83(0,00)	0,73(53,31)**	2,24(97,47)	$p = 0,685$		
		Médio	0,94(65,42)**	-0,24(0,00)	-0,75(0,00)			
		Alto	†	†	†			

Nota: **Probabilidades moderadamente significativas, pois $50\% \leq \gamma \times 100 < 70\%$; *Probabilidades fortemente significativas, pois $\gamma \times 100 \geq 70\%$; † – Sem Ocorrência.

5. DISCUSSÃO

5.1. Perfil Sócio-demográfico e Clínico.

A importância de estudos com TDAH é determinada, em parte, pela sua prevalência crescente, principalmente em crianças, chegando até 31,1% da população infanto-juvenil em vários países (Hora, et al., 2015), com média de 7,2% (Thomas, et al., 2015) a 11% (Bronsard et al., 2016), além da possibilidade de repercussão no desenvolvimento futuro das crianças em diversos aspectos (APA., 2013). Logo, identificar e conhecer essa população são de interesse não apenas da comunidade científica, mas também dos gestores de políticas públicas em saúde.

Conforme os resultados previamente descritos, o perfil de uma amostra de 30 crianças entre 8 a 12 anos com TDAH provenientes de um centro de referência de saúde materno-infantil de caráter público em Belém-Pará, apontou uma prevalência do diagnóstico no sexo masculino (86,67%), com taxa de proporção de 6,5:1 para meninos. Apesar da população deste estudo ser de conveniência, constituída de crianças cujos familiares aceitaram participar da pesquisa, esses dados corroboram com a literatura vigente que evidencia diferenças entre gêneros, sendo comumente aceito que é uma desordem mais frequente em crianças e adolescentes do sexo masculino (Sánchez, Ramos & Díaz, 2014; Farahat, et al., 2014; Carvalho, Ciasca & Rodrigues, 2015; Lola, et al., 2019). Estudos que analisam os dados a partir de centros referenciados de tratamento, como o caso desta pesquisa, relatam uma taxa de até 9:1 de predominância do sexo masculino (Polanczyk & Jensen, 2008).

Já a apresentação do transtorno variou entre desatento (46,67%) e combinado (46,67%) nas crianças. Entre os três tipos de apresentação do TDAH, a forma

combinada, o qual compreende tanto os sintomas de desatenção como os de hiperatividade, é observada com mais frequência (Amiri, et al., 2010; Ndukuba, et al., 2014), considerando que as diferenças da prevalência do diagnóstico entre os sexos refletem na clínica, uma vez que essa é a apresentação mais comum em meninos (Fontana, et al., 2007). Inclusive, meninos com diagnóstico de TDAH tendem a apresentar sintomas mais graves do que as meninas na dimensão tanto impulsiva quanto desatenta (Arnett et al., 2015). Por outro lado, a apresentação desatenta, segundo Rivas-Juesas, et al. (2016), parece ser uma porcentagem maior entre as meninas com TDAH, cujo os sintomas de impulsividade e hiperatividade podem aparecer com menos intensidade. No entanto, a triagem da quantidade e intensidade de sintomas para o TDAH foi realizado com os pais, que segundo Ullebø et al., 2012 relatam com mais frequência sintomas de desatenção em seus filhos, o que poderia explicar a apresentação desatenta em grande proporção na presente população.

A maior parte dos cuidadores principais de crianças com TDAH deste estudo eram mães biológicas, que dividiam a criação dos filhos com um companheiro, uma porcentagem significativa de 70% não tinha emprego fixo, sendo a sua ocupação exclusivamente como cuidadora do menor e do lar. Ainda metade das mães com escolaridade de ensino médio completo/incompleto e as famílias conviviam com a pobreza, cuja renda econômica predominante era de menos de um salário mínimo (53,54%).

As variáveis sociodemográficas, como a baixa escolaridade dos pais, ocupação da mãe e baixo nível socioeconômico são todos fatores de risco conhecidos para o TDAH (Al-Hamed, et al., 2008; Meysamie, et al., 2011; Thapar, et al., 2012; El-Nemr, et al., 2015; Choi, et al., 2016; Rowland, et al., 2017; Cerrillo-Urbina, et al., 2018). Segundo a pesquisa de caráter transversal conduzida por Senol et al. (2017) com 2.045

estudantes, de 7 a 15 anos de idade, selecionados aleatoriamente em escolas na Turquia, a prevalência e intensidade de sintomas para TDAH era significativamente elevadas com crianças que combinavam as seguintes características: meninos cujas mães eram donas de casa e de famílias com baixa escolaridade e baixa renda.

Na população de crianças brasileiras, com amostra de 2.173 estudantes entre 5 a 13 anos de cinco escolas na região sudeste do país, 5,1% (n=94) das crianças apresentaram triagem positiva para TDAH, com o perfil também similar ao grupo experimental deste presente estudo, sendo em sua maioria meninos (66%), pertencentes à situação econômica nível D ou E (46,8%), com mães que viviam juntas de seus respectivos companheiros (62,5%) e nível de escolaridade familiar de no máximo 5 anos de estudo (56,7%) (Arruda, et al., 2015).

5.2. Perfil Cognitivo.

Em relação ao perfil cognitivo, as crianças com TDAH desta pesquisa, assim como aquelas sem o transtorno, possuíam o rendimento dentro da faixa média esperada para idade, de maneira equivalente entre ambos os grupos, em quase todos os domínios do WISC-IV, com exceção do índice de memória operacional (IMO), cujo valor no grupo experimental foi estatisticamente inferior (GE: 87,5 e GC: 95,2, $p \leq 0,012$). Esses achados convergem com diversos estudos que já apontam a habilidade cognitiva da memória operacional mais comprometida que os outros índices do teste de inteligência em crianças com o transtorno (Bustillo & Servera, 2015; Cortés, et al., 2015; Fried, et al., 2016; Li, et al., 2017; Büttow & Figueiredo, 2019).

Uma meta-análise importante demonstrou uma associação negativa ($\beta=-0.05$, $p=0.02$) entre as diferenças de desempenho de crianças com o transtorno no subteste dígitos, que compõem o IMO no WISC-IV, e aumento da idade, indicando que para

cada acréscimo de um ano na idade o tamanho do efeito diminuiu em 0.05 (Ramos, Hamdan & Machado, 2019). Quando comparadas a crianças com outros tipos de diagnósticos, como transtorno específico da aprendizagem, os valores da memória operacional são inferiores em crianças e adolescentes com TDAH (Faedda, et al., 2019). Desta forma, estudar a memória operacional é imperativo na avaliação neuropsicológica de crianças encaminhadas com TDAH ou impressões diagnósticas do transtorno.

5.3. Perfil da Percepção de Competência.

No que diz respeito à percepção de competência, os resultados encontrados indicam que o grupo experimental relatou uma tendência de elevadas percepções das suas capacidades quando comparadas com o grupo controle, nos domínios motor, social, aparência física, comportamental e autoconceito geral. O componente acadêmico é o que mais difere, pois as crianças com TDAH se percebem entre competência de baixa a moderada, indicando que elas reconhecem dificuldades na sala de aula e sentem que não são tão capazes como os seus pares, que por vez se auto-percebem com moderada e alta competência, todavia, essa diferença não se mostrou estatisticamente significativa. Esses achados corroboram com um conjunto de estudos que relata que não foram encontradas diferenças nas autopercepções de crianças com e sem TDAH (Bussing, Zima e Perwien, 2000; Hoza, Pelham, Milich, Pillow, & McBride, 1993; Hoza et al., 2002, 2004).

A literatura apresenta evidências que vão em direção distintas daquelas apontadas pelos dados aqui apresentados, pois identificaram autopercepções mais negativas em crianças com TDAH do que aquelas sem o transtorno, em alguns dos principais domínios, como acadêmico, social e comportamental. Por outro lado, apesar dos relatos de dificuldades, o autoconceito de crianças com TDAH não foi alterado

(Barber, Grubbs e Cottrell, 2005; Hanć & Brzezińska , 2009, Maia, et al. 2011, Molina e Maglio, 2013).

O quadro sintomatológico conhecido do TDAH se configura como suficientemente comprometedor, que interfere no desenvolvimento do indivíduo e influencia negativamente na qualidade do desempenho nas atividades cotidianas (Sadock, et al., 2017). Isso levou ao fato de que, durante muito tempo, assumiu-se que essas crianças teriam uma percepção negativa de si mesmas. No entanto, a partir do momento que a autoestima de crianças com TDAH começou a ser estudada de forma empírica e sistemática, surgiram resultados contraditórios. Alguns autores, sugerem que não há uma relação clara entre o TDAH e os perfis de autoestima (Hoza, et al, 2002; Edbom, et al., 2008), visto que em nível individual, crianças de maneira geral, parecem ter percepções de suas competências muito diferentes, em consonância com a idéia de que a autoestima é um conceito multidimensional e multideterminado (Harter, 1978, 1982, 2012).

É importante ressaltar que as crianças diagnosticadas com TDAH pertencentes do presente estudo eram provenientes de um centro de referência em saúde materno-infantil; logo, toda a amostra do grupo experimental fazia acompanhamento com médico especialista com regularidade, a maioria das crianças (60%) realizava reabilitação com equipe multiprofissional e não possuíam comorbidades associadas ao transtorno. Segundo Frame, et al. (2013) e Harpin, et al. (2013), crianças e adolescentes com TDAH que recebem algum tipo de tratamento médico, reabilitação e/ou grupo de apoio tendem a apresentar autoestima mais elevada do que aquelas sem nenhum suporte. Por outro lado, o TDAH quando associado a ansiedade, depressão, problemas de

comportamentos internalizantes, entre outras comorbidades, apresenta maior probabilidade de baixa autoestima (Becker, et al., 2017; Castagna, et al., 2017).

Apesar da discussão divergente dentro da literatura, é crucial o processo de identificar a maneira como crianças e jovens se percebem, pois isso impacta a autoconfiança e autoconceito, além da iniciativa de engajamento para novos desafios e aprendizagem. Bem como compreender como as percepções de competências são construídas e os fatores que as influenciam, e são influenciados por ela (LeGear et al., 2012; Nobre, et al., 2015).

5.4. Relação entre o Perfil Cognitivo e Percepção de Competência.

Este estudo, ao relacionar o perfil cognitivo com a autopercepção de competência de crianças com e sem TDAH, detectou que os rendimentos altos e baixos nos índices do WISC-IV eram associados a altas e baixas percepções de competências, respectivamente, para ambos os grupos. Segundo O’Byrne e Muldoon (2017), o nível da função cognitiva do indivíduo é uma variável importante nas mudanças de autopercepção de crianças e adolescentes ao longo do tempo. A descrição da idéia e valores que o indivíduo tem sobre si mesmo perpassam por um constructo cognitivo e emocional, relacionado a estratégias cognitivas que levam à resolução bem-sucedida de problemas, o que é uma questão crucial em crianças com TDAH (Bergman, et al. 2003).

O índice de compreensão verbal (ICV) foi o componente cognitivo que mais se relacionou tanto com as altas, como as baixas percepções de competências, principalmente em domínios sociais e acadêmicos em crianças de ambos os grupos. O ICV é considerado uma medida da formação de conceito verbal, que pode ser influenciado pela estimulação, pela instrução, e pelas oportunidades culturais. Envolve habilidades de aprendizagem, de conhecimento verbal adquirido, do desenvolvimento

da linguagem, da qualidade da fluência, compreensão e raciocínio verbal e dos processos de pensamento, além dos aspectos formais de distúrbios de linguagem (Guardiola, 2015; Wechsler, 2013).

A linguagem desempenha um papel fundamental na autorregulação emocional (Cole, Armstrong, & Pemberton, 2010), competência sócio-cognitiva (Im-Bolter, Cohen, & Farnia, 2013) e nas interações sociais (Brinton e Fujiki, 1993) de uma criança nos seus principais ambientes de desenvolvimento, como a casa e a escola. Desta forma, as habilidades iniciais de verbalização e linguagem em ambos os domínios, receptivo e expressivo, ajudam a construir melhores relações interpessoais, assim como o melhor desempenho escolar (Barre et al., 2011; Durkin e Conti-Ramsden, 2007).

As crianças com dificuldades em qualquer domínio da linguagem e raciocínio verbal, sofrem interferência significativa no funcionamento social, emocional e comportamental (Norbury et al., 2016; Petersen et al. 2013, Yew e O'Kearney, 2013), e são mais propensas em desenvolver problemas de frustração e sofrimento crônico (Brinton & Fujiki, 2010). Segundo Jerome et al. (2002), Lindsay et al, (2002) e Islam et al. (2018), isso leva a problemas em domínios mais específicos da auto-estima, como a competência escolar e social.

No grupo experimental, além das percepções de competências escolares e sociais, o domínio comportamental aparece relacionado fortemente ao perfil cognitivo, sendo o único componente associado com todos os quatro índices do WISC-IV e o QI total. Segundo Harter (1987, 1990, 1999), à medida que as crianças desenvolvem, elas criam julgamentos de autocompetência em domínios específicos e de maneira diferente em cada um. Entretanto, autoestima não é meramente a soma de todas as avaliações isoladas feitas sobre suas habilidades em diferentes áreas, o que influenciará fortemente

alta ou baixa autoestima, será aquelas habilidades em particular que mais sejam valorizadas pela criança.

As crianças com diagnóstico de TDAH destacam-se das demais por seus excessos comportamentais que ficam ainda mais aparentes com sua entrada na vida escolar, costumam ser ruidosas, agitadas, impulsivas, hiperativas, desatentas, desorganizadas e parecem ser incapazes de fazer o que se espera delas. São encaradas como mal-educadas, preguiçosas e arrogantes, logo seu comportamento atrai, muitas vezes, sentimentos negativos e punições (Dumas, 2011). Desta forma, as percepções de competência no domínio comportamental, podem assumir uma importância maior para a autoestima de crianças com o transtorno, do que para aquelas sem TDAH.

5.5. Nível de coerência entre a percepção de competência das crianças e o relato da percepção de seus pais.

Outro ponto importante de análise do presente estudo foi a investigação do nível de coerência entre a percepção de competência de crianças com e sem TDAH e o relato da percepção de seus pais. Observou-se que, para ambos os grupos, em sua maioria, o quanto as crianças se julgavam competentes era o mesmo julgamento relatado por seus respectivos pais, ou seja, há uma coerência das percepções de competências de quase todos os domínios. Ainda assim, em crianças com TDAH, os níveis de incoerência tenderam para uma supervalorização de suas habilidades, por parte das crianças, em domínios como: conduta comportamental (53,3%), competência social (33,3%), motora (40%) e acadêmica (40%), enquanto crianças do GC tendiam a subestimação dessas competências.

Esses achados corroboram com uma gama de pesquisas que também identificaram que as crianças com TDAH tendem a ter um viés positivo em suas

autoavaliações de competências em relação à percepção de seus pais e/ou outros avaliadores quando comparadas com crianças sem o transtorno. Esse padrão persistente de superestimação de competências e habilidades em crianças com TDAH ficou conhecido como viés ilusório positivo (VIP), e pode ser observada principalmente em domínios sociais, acadêmicos e comportamentais (Capodieci, et al., 2018; Bouchtein, et al., 2016; Emeh, et al., 2015; Fefer, et al., 2015; Molina & Maglio, 2013; Volz-Sidiropoulou, et al., 2013), mas também nas habilidades motoras (Fliers et al., 2010).

O VIP também foi encontrado em outras populações pediátricas, não sendo exclusivo de crianças com TDAH. Nos últimos anos, foram apresentadas evidências da supervalorização de competências em crianças com outros problemas, como paralisia cerebral (Dunn, Shields, Taylor, & Dodd, 2009), neurofibromatose (Barton & North, 2007), dificuldade de aprendizagem (Heath & Glen, 2005; Heath, Roberts, & Toste, 2013) e outros distúrbios neuropsiquiátricos (Vuori, et al., 2016).

A calibração da precisão do autoconhecimento da própria performance e do “sendo do eu real” é um elemento fundamental para o desenvolvimento infantil. Esse aspecto pode impactar no bem-estar, na motivação, na autoregulação, no esforço, no desempenho, na metacognição e na aprendizagem de crianças (Collyer, Boseovski, & Marcovitch, 2018; Alexander, 2013; Dunlosky & Thiede, 2013). Desta forma, compreender os processos que permeiam esta inconsistência é essencial.

5.6. Relação entre o perfil cognitivo e o nível de coerência entre a percepção de competência das crianças e o relato da percepção dos pais.

Ao relacionar o perfil cognitivo com o nível de coerência entre a percepção de competência das crianças com e sem TDAH e o relato da percepção de seus pais, detectou-se que para incoerências tanto positivas quanto negativas por parte das

crianças em ambos os grupos, foram associadas a baixos rendimentos nos índices do WISC-IV. Da mesma forma, a coerência da percepção de competências entre pais e crianças foi relacionada a altas pontuações no teste de inteligência. Esses valores foram ainda mais evidentes em crianças com TDAH.

A crença que a pessoa possui nela própria e em suas capacidades influencia no tipo de cenário que se cria para desenvolver processos cognitivos. Assim, quanto mais o indivíduo acredita na sua capacidade de realizar atividades e de desenvolver competências, visualizam-se cenários positivos e estimulantes para aperfeiçoar suas potencialidades e processos cognitivos. Aqueles que duvidam de sua eficácia criam cenários negativos e com tendência ao fracasso, limitando sua performance cognitiva (Bandura, 1993).

Segundo, McQuade et al. (2017, 2011) e Owens et al. (2007), em crianças com TDAH, o relato de percepções de competências imprecisas estariam associadas a dificuldades na função cognitiva. Quando alterados ou rebaixados, esses processos afetariam a capacidade das crianças construírem um padrão de autopercepção, automonitoramento e autoconsciência coerente com suas reais competências. Pesquisas sugerem que em indivíduos com padrões de percepções de competências incoerentes, ocorre maior ativação dos circuitos neurais do córtex pré-frontal, que é responsável por planejamento de comportamentos e pensamentos complexos (Fields, et al., 2019). Modelos teóricos apontam justamente a região pré-frontal por trás dos mecanismos neurocognitivos subjacentes ao TDAH (Barkley, 1997; Barkley & Murphy, 2008; Wagner, Rohde, & Trentini, 2016). Assim, os dados sugerem forte relação entre o perfil cognitivo e a coerência entre a percepção de competência das crianças, principalmente com TDAH, e o relato da percepção de seus pais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a investigar a relação entre o perfil cognitivo, a autopercepção de competência e o nível de coerência da percepção de competência de crianças com e sem TDAH com a competência percebida pelos seus pais. Os resultados sugerem que as variáveis referentes ao perfil cognitivo e as percepções de competências encontram-se fortemente relacionadas em ambos os grupos, uma vez que rendimentos altos em componentes do WISC-IV implicaram em elevadas percepções de competências, assim como coerência do relato da autopercepção da criança com a percepção do pai. As pontuações baixas nos índices do WISC-IV se associavam a baixas percepções de competências, assim como relatos incoerentes com a percepção dos pais. Para as crianças com TDAH, a competência de conduta comportamental foi relacionada ao perfil cognitivo com maior significância do que para as crianças sem o transtorno. Os achados deste estudo reforçam a necessidade de compreender como as crianças constroem suas percepções e julgamentos sobre suas habilidades e aptidões, e como os processos cognitivos perpassam por essa percepção, além de verificar em que domínios do seu desenvolvimento, crianças com TDAH investem maior energia e esforço cognitivo para se tornarem mais competentes.

Como limitações, este estudo aponta um número reduzido de amostra. Além disso, o grupo experimental incluiu crianças com TDAH, cujas famílias buscavam atendimento em um centro de referência em saúde materno-infantil, o que pode limitar a representatividade da amostra. Logo, é necessária a reaplicação em grupos maiores em números de participantes e mais diversificados entre si. Para o grupo controle, deve-se ampliar o número de escolas avaliadas e o tipo, dentre pública e particular. O instrumento TRS, adaptado pelas pesquisadoras para realizar esta pesquisa, ainda

precisa de outras propriedades de medida, como validade de construto e confiabilidade para determinar sua validação na população brasileira.

Para pesquisas futuras, sugere-se a análise da percepção de competência das crianças através de outros avaliadores, como ambos os pais, professores e terapeutas. Bem como avaliar, através de estudos longitudinais, o padrão de amadurecimento e desenvolvimento do perfil de percepção de competência de crianças.

REFERÊNCIAS

- Abad-Mas, L., Caloca-Català, O., Mulas, F., & Ruiz-Andrés, R. (2017). Comparación entre el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad con el DSM-5 y la valoración neuropsicológica de las funciones ejecutivas. *Rev Neurol*, 64(1), 95-100.
- Al-Hamed, J. H., Taha, A. Z., Sabra, A. A., & Bella, H. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among male primary school children in Dammam, Saudi Arabia: prevalence and associated factors. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 83(3), 165–182.
- Alexander, P. A. (2013). Calibration: What is it and why it matters? An introduction to the special issue on calibrating calibration. *Learning and Instruction*, 24, 1–3.
- Almeida, G. D., Valentini, N. C., & Berleze, A. (2009). Percepções de competência: um estudo com crianças e adolescentes do ensino fundamental. *Movimento*, 15(1), 71-97.
- American Psychiatric Association, [APA], (1987). *DSM-III, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (3ª ed.; Texto Revisado.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4ª ed). Washington (DC): American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Amiri, S., Fakhari, A., Maheri, M., & Mohammadpoor Asl, A. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder in primary school children of Tabriz, North-West Iran. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 24(6), 597–601.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Arnett, A. B., Pennington, B. F., Willcutt, E. G., DeFries, J. C., & Olson, R. K. (2015). Sex differences in ADHD symptom severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 632–639.
- Arruda, M. A., Querido, C. N., Bigal, M. E., & Polanczyk, G. V. (2015). ADHD and mental health status in Brazilian school-age children. *Journal of Attention Disorders*, 19(1), 11-7.
- Azeredo, A., Moreira, D., & Barbosa, F. (2018). ADHD, CD, and ODD: Systematic review of genetic and environmental risk factors. *Research in Developmental Disabilities*, 1-10.
- Ball, G., Malpas, C.B., Genc, S., Efron, D., Sciberras, E., Anderson, V., Nicholson, J.M. & Silk, T. J. (2019). Multimodal Structural Neuroimaging Markers of Brain Development and ADHD Symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 176(1), 57-66.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Barber, S., Grubbs, L., & Cottrell, B. (2005). Self perceptions in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Ped Nurs*, 4, 235–245.

- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65–94.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. London: The Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Exercícios clínicos* (M. F. Lopes, Trad., 3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, R. A. & Peters, H. (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *J Atten Disord*, 16, 623-630.
- Barton, B., & North, K. (2007). The self-concept of children and adolescents with neurofibromatosis type 1. *Child: Care, Health and Development*, 33(4), 401–8.
- Barre N, Morgan A, Doyle LW, et al. (2011) Language abilities in children who were very preterm and/or very low birth weight: a meta-analysis. *Journal of Pediatrics* 158(5), 766–774.
- Baumeister, A. A., Henderson, K., Pow, J. L., & Advokat, C. (2012). The Early History of the Neuroscience of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the History of the Neurosciences: Basic and Clinical Perspectives*, 21(3), 263-279.
- Baweja, R., Mattison, R. E., & Waxmonsky, J. G. (2015). Impact of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder on School Performance: What are the Effects of Medication? *Paediatr Drugs*, 17(6):459-77.

- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of crosscultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Becker, S. P., Mehari, K. R., Langberg, J. M., & Evans, S. W. (2016). Rates of peer victimization in young adolescents with ADHD and associations with internalizing symptoms and self-esteem. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(2), 201–214.
- Benninger, E. & Savahl, S. (2017). A Systematic Review of Children’s Construction of the Self: Implications for Children’s Subjective Well-being. *Child Indicators Research*, 10(2), 545–569.
- Bergman, L.R., Magnusson, D., & El-Khoury B. (2003). *Studying individual development in an interindividual context: A person oriented approach*. Mahwah, NJ: Erlbaum Associates.
- Bodrova, E., Leong, D. J., & Akhutina, T. V. (2011). When everything new is well-forgotten old: Vygotsky/Luria insights in the development of executive functions. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 133, 11–28.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of psychology instruments: Some considerations. *Paidéia*, 22 (53), 423–432.
- Bourchtein, E., Langberg, J. M., Owens, J. S., Evans, S. W., & Perera, R. A. (2016). Is the Positive Illusory Bias Common in Young Adolescents with ADHD? A Fresh Look at Prevalence and Stability Using Latent Profile and Transition Analyses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(6), 1063–1075.

- Bouziane, C., Caan, M. W. A., Tamminga, H. G. H., Schranke, A., Bottelier, M. A., Ruiter, M. B., Kooij, S. J. J., & Reneman, L. (2018). ADHD and maturation of brain white matter: A DTI study in medication naive children and adults. *NeuroImage: Clinical*, 17, 53–59.
- Brinton, B., & Fujiki, M. (1993). Language, social skills, and socioemotional behavior. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 24, 194–198.
- Brinton, B., & Fujiki, M. (2010). Living with language impairment. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, 1, 69–94.
- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Londou, A., Auquier, P., Tordjman, S., & Boyer, L. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: a systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 95(7), 1-17.
- Bronson, M. B. (2000). *Self-regulation in Early Childhood*. New York: The Guilford Press.
- Bussab, W. O. & Morettin, P. A. (2017). *Estatística Básica*. 9.ed., Saraiva.
- Bussing, R., Zima, B. T., & Perwien, A. R. (2000). Self-esteem in special education children with ADHD: Relationship to disorder characteristics and medication use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1260–1269.
- Bustillo, M., & Servera, M. (2015). Análisis del patrón de rendimiento de una muestra de niños con TDAH en el WISC-IV. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(2), 121-128.

- Büttow, C. S. & Figueiredo, V. L. M. (2019). O Índice de Memória Operacional do WISC-IV na Avaliação do TDAH. *Psico-USF*, 24(1), 109-117,
- Capodieci, A., Crisci, G., & Mammarella, I. C. (2018). Does Positive Illusory Bias Affect Self-Concept and Loneliness in Children With Symptoms of ADHD?. *Journal of Attention Disorders*, 22, 1-10.
- Carvalho, M. C., Ciasca, S. M. & Rodrigues, S. D. (2015). Há relação entre desenvolvimento psicomotor e dificuldade de aprendizagem? Estudo comparativo de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, dificuldade escolar e transtorno de aprendizagem. *Rev Psicopedagogia*, 32(99), 293-301.
- Castagna, P. J., Calamia, M., & Davis, T. E. (2017). Childhood ADHD and Negative Self-Statements: Important Differences Associated With Subtype and Anxiety Symptoms. *Behavior Therapy*, 48(6), 793–807.
- Cerrillo-Urbina, A. J., García-Hermoso, A., Martínez-Vizcaíno, V., Pardo-Guijarro, M. J., Ruiz-Hermosa, A., & Sánchez-López, M. (2018). *Prevalence of probable Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms: result from a Spanish sample of children. BMC Pediatrics*, 18(1), 1-7.
- Choi, Y., Shin, J., Cho, K. H., & Park, E.-C. (2017). Change in household income and risk for attention deficit hyperactivity disorder during childhood: A nationwide population-based cohort study. *Journal of Epidemiology*, 27(2), 56–62.
- Coelho, L., Chaves, E., Vasconcelos, S., Fonteles, M., De Sousa, F., & Viana, G. (2010). Transtorno do Déficit De Atenção e Hiperatividade (TDAH) na criança: Aspectos Neurobiológicos, Diagnóstico e Conduta Terapêutica. *Acta Med Port*, 23, 689-696.
- Colbert, A. M., & Bo, J. (2017). Evaluating relationships among clinical working memory assessment and inattentive and hyperactive/impulsive behaviors in a

community sample of children. *Research in Developmental Disabilities*, 66, 34–43.

Cole, P. M., Armstrong, L. M., & Pemberton, C. K. (2010). The role of language in the development of emotion regulation. In S. D. Calkins & M. A. Bell (Eds.), *Child development at the intersection of emotion and cognition* (pp. 59–77). Washington, DC: American Psychological Association.

Collyer, D. A., Boseovski, J. J., & Marcovitch, S. (2018). Reviewing the Development of Self-Concept: Implications for an Enhanced Model. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 8(1), 171-177.

Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.

Cortés, J. F., Soria, I. N., Gómez, C. G., & Sevilla, J. G. (2015). Cognitive Profile for Children with ADHD by Using WISC-IV: Subtype Differences?. *Revista de Psicodidáctica*, 20(1), 157-176.

Cortese, S. & Coghill, D. (2018). Twenty years of research on attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): looking back, looking forward. *Evidence Based Mental Health*, 21(4), 173-176.

Couto, T. S., Melo-Junior, M. R., & Gomes, C. R. A. (2010). Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. *Ciências & Cognição*, 15(1), 241-251.

De Jong, P. J., Sportel, B. E., de Hullu, E., & Nauta, M. H. (2012). Co-occurrence of social anxiety and depression symptoms in adolescence: differential links with implicit and explicit self-esteem? *Psychological Medicine*, 42(03), 475–484.

- Dias, N. M., Menezes, A., & Seabra, A. G. (2010). Alterações das funções executivas em crianças e adolescentes. *Revista Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 1(1), 80-95.
- Dias, T. G., Kieling, C., Graeff-Martins, A. S., Moriyama, T. S., Rohde, L. A., & Polanczyk, G. V. (2013). Developments and challenges in the diagnosis and treatment of ADHD. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 40-50.
- Duclos, G. (2006). *A auto-estima, um passaporte para a vida* [Trad. R. Rocha]. Lisboa: Climepsi editores.
- Dumas, D. & Pelletier, L. (1999). A study of self-perception in hyperactive children. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 24(1), 12-19.
- Dumas, J. E. (2011). *Psicopatologia da infância e da adolescência*. (3. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Dunlosky, J., & Thiede, K. W. (2013). Four cornerstones of calibration research: Why understanding students' judgments can improve their achievement. *Learning and Instruction*, 24, 58–61.
- Dunn, N., Shields, N., Taylor, N. F., & Dodd, K. J. (2009). Comparing the self-concept of children with cerebral palsy to the perceptions of their parents. *Disability and Rehabilitation*, 31(5), 387–393.
- DuPaul, G. J., Morgan, P. L., Farkas, G., Hillemeier, M. M., & Maczuga, S. (2017). Eight-Year Latent Class Trajectories of Academic and Social Functioning in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Abnorm Child Psychol*, 1-14.

- Durkin K and Conti-Ramsden G (2007) Language, social behavior, and the quality of friendships in adolescents with and without a history of specific language impairment. *Child Development* 78(5), 1441–1457.
- Effgem, V., Canal, C. P. P., Missawa, D. D. A., & Rossetti, C. B. (2017). A visão de profissionais de saúde acerca do TDAH – Processo diagnóstico e práticas de tratamento. *Construção psicopedagógica*, 25(26), 34-45.
- El-Nemr, F. M., Badr, H. S. & Salem, M. S. (2015). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children. *Science Journal of Public Health*, 3(2), 274–280.
- Emeh, C. C., Mikami, A. Y., & Teachman, B. A. (2015). Explicit and Implicit Positive Illusory Bias in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2, 1-8.
- Evangelista, N. M., Owens, J. S., Golden, C. M., & Pelham, W. E. (2008). The Positive Illusory Bias: Do Inflated Self-Perceptions in Children with ADHD Generalize to Perceptions of Others?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 66, 779–791.
- Faedda, N., Romani, M., Rossetti, S., Vigliante, M., Pezzuti, L., Cardona, F., & Guidetti, V. (2019). Intellectual functioning and executive functions in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and specific learning disorder (SLD). *Scand J Psychol*. doi.org/10.1111/sjop.12562.
- Farahat, T., Alkot, M., Rajab, A., & Anbar, R. (2014). Attentiondeficit hyperactive disorder among primary school children in Menoufia Governorate, Egypt. *International Journal of Family Medicine*, 257369, 1-7.

- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews: Disease Primers*, 6(1), 15020.
- Fefer, S. A., Ogg, J. A., & Dedrick, R. F. (2015). Use of Polynomial Regression to Investigate Biased Self-Perceptions and ADHD Symptoms in Young Adolescents. *Journal of Attention Disorders*, 1-10.
- Fliers, E. A., Hoog, M. L., Franke, B., Faraone, S. V., Rommelse, N. N., Buitelaar, J. K., & Sanden, M. W. (2010). Actual motor performance and self-perceived motor competence in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder compared with healthy siblings and peers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31(1), 35–40.
- Fontana, R. da S., Vasconcelos, M. M. de, Werner Jr., J., Góes, F. V. de, & Liberal, E. F. (2007). Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 65(1), 134–137.
- Frame, K., Kelly, L., & Bayley, E. (2003). Increasing Perceptions of Self-Worth in Preadolescents Diagnosed with ADHD. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 225–229.
- Franck, E., De Raedt, R., Dereu, M., & Van den Abbeele, D. (2007). Implicit and explicit self-esteem in currently depressed individuals with and without suicidal ideation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(1), 75–85.

- Franz, A. P., Bolat, G. U., Bolat, H., Matijasevich, A., Santos, I. S., Silveira, R. C., Procianoy, R. S., Rohde, L. A., & Maia, C. R. M. (2018). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Very Preterm/Very Low Birth Weight: A Meta-analysis. *Pediatrics*, *141*(1), 1-18.
- Fried, R., Chan, J., Feinberg, L., Pope, A., Woodworth, K. Y., Faraone, S. V., & Biederman, J. (2016). Clinical Correlates of Working Memory Deficits in Youth With and Without ADHD: A Controlled Study. *J Clin Exp Neuropsychol*, *38*(5), 487–496.
- Gardner, D. M., & Gerdes, A. C. (2015). A review of peer relationships and friendships in youth with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *19*, 844–855.
- Gomes, C. M. A. (2002). Feuerstein e a construção mediada do conhecimento. Porto Alegre: Artmed.
- Graziano, P., & Garcia, A. (2016). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Children's Emotion Dysregulation: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *46*, 106-23.
- Guardiola, A. (2015). Transtorno de atenção: aspectos neurobiológicos. In N.T. Rotta, L. Ohlweiler, & R.S. Riesgo (Orgs.). *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. (2 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. E. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, *46*(12), 1417-1432.
- Haase, V. G., Salles, J. F., Miranda, M. C., Malloy-Diniz, L., Abreu, N., & Argollo, N. (2012). Neuropsicologia como ciência interdisciplinar: consenso da comunidade

brasileira de pesquisadores/clínicos em Neuropsicologia. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*, 4(4), 1-8.

Hanć, T., & Brzezińska, A. I. (2009). Intensity of ADHD symptoms and subjective feelings of competence in school age children. *School Psychology International*, 30(5), 491–506.

Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J. P., Kahle, J., & Hodgkins, P. (2013). Long-Term Outcomes of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(4), 295–305.

Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered toward a developmental model. *Human Development*, 21, 34–64.

Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53, 87-97.

Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children*. Denver: University Press.

Harter, S. (1987). The determinants and mediational role of global self-worth in children. In N. Eisenberg (Ed.), *Contemporary topics in developmental psychology* (pp. 219–242). New York: Wiley-Interscience.

Harter, S. (1990). Processes underlying adolescent self-concept formation. In R. Montemayor, G. R. Adams, & T. P. Gullotta (Eds.), *From childhood to adolescence: A transitional period?* (pp. 205– 239). Newbury Park, CA: Sage.

Harter, S., & Pike, R. (1984). The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children. *Child Development*, 55, 1969-1982.

Harter, S. (1999). *Developmental approaches to self processes*. New York: Guilford.

- Harter, S. (2012). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. (2° ed.). New York: Guilford.
- Heath, N. L., & Glen, T. (2005). Positive illusory bias and the self-protective hypothesis in children with learning disabilities. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 272–281.
- Heath, N. L., Roberts, E., & Toste, J. (2013). Perceptions of academic performance: Positive illusions in adolescents with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 46(5), 402–412.
- Hora, A. F., Silva, S., Ramos, M., Pontes, F., & Nobre, J. P. (2015). A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura. *Revista Psicologia*, 29 (2), 47-62.
- Hoza, B., Pelham, W. E., Milich, R., Pillow, D., & McBride, K. (1993). The self-perceptions and attributions of attention deficit hyperactivity disorder and nonreferred boys. *J Abnorm Child Psychol*, 21, 271–286
- Hoza, B., Pelham, W. E., Dobbs, J., Owens, J. S., & Pillow, D. R. (2002). Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 268-278.
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Molina, B. S., & Wigal, T. (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 382–391.
- Ignacio, M. G., Gonzalez, S. M. L., Almeida, C. C. R., Andrade, E. R de, & Monteiro, E. R. (2008). Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-III) na

investigação do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). *Psicologia Hospitalar*, 6(2), 61-73.

Im-Bolter, N., Cohen, N. J., & Farnia, F. (2013). I thought we were good: Social cognition, figurative language, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 724–732.

Islam, U. A., Poole, K. L., Schmidt, L. A., Ford, J., Saigal, S. & Lieshout, R. J. V. (2018). Childhood language skills and adolescent self-esteem in preterm survivors. *Journal of Child Health Care*, 22(1), 34–45.

Jacobson, L. A., Crocetti, D., Dirlikov, B., Slifer, K., Denckla, M. B., Mostofsky, S. H., & Mahone, E. M. (2018). Anomalous Brain Development Is Evident in Preschoolers With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 24, 1–9.

Jacobson, L. A., Ryan, M., Martin, R. B., Ewen, J., Mostofsky, S. H., Denckla, M. B., & Mahone, E. M. (2011). Working memory influences processing speed and reading fluency in ADHD. *Child Neuropsychology*, 17(3), 209-224.

Jerome, A.C., Fujiki, M., Brinton, B., et al. (2002) Self-esteem in children with specific language impairment. *Journal of Speech Language and Hearing Research* 45(4), 700–714.

Jiang, Y., & Johnston, C. (2012). The relationship between ADHD symptoms and competence as reported by both self and others. *Journal of Attention Disorders*, 16, 418-426.

Jiang, Y., & Johnston, C. (2014). Co-occurring aggressive and depressive symptoms as related to overestimations of competence in children with attention-

- deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(2), 157-172.
- Jiar, M., Jiang, Y., & Mikami, A. Y. (2016). Positively Biased Self-Perceptions in Children with ADHD: Unique Predictor of Future Maladjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(3), 575–586.
- Kent, K. M., Pelham, W. E., Molina, B. S., Sibley, M. H., Waschbusch, D. A., Yu, J., & Karch, K. M. (2011). The academic experience of male high school students with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 451–462.
- Kita, Y., & Inoue, Y. (2017). The Direct/indirect association of aDhD/ODD symptoms with self-esteem, self-perception, and Depression in early adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 1-9.
- Krieger, V., & Amador-Campos, J. A. (2017). Assessment of executive function in ADHD adolescents: contribution of performance tests and rating scales. *Child Neuropsychology*, 1-26.
- Kubo, Y., Kanazawa, T., Kawabata, Y., Tanaka, K., Okayama, T., Fujita, M., Tsutsumi, A., Yokota, S., & Yoneda, H. (2018). Comparative Analysis of the WISC between Two ADHD Subgroups. *Psychiatry Investig*, 15(2), 172-177.
- Kumar, U., Arya, A., & Agarwal, V. (2017). Neural alterations in ADHD children as indicated by voxel-based cortical thickness and morphometry analysis. *Brain & Development*, 39(5), 403–410.
- Langberg, J. M., Dvorsky M. R., Molitor, S. J., Bouchtein, E., Eddy, L. D., Smith, Z., Schultz, B. K., & Evans, S. W. (2016). Longitudinal evaluation of the

importance of homework assignment completion for the academic performance of middle school students with ADHD. *Journal of School Psychology*, 55, 27–38.

Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Def Hyp Disord*, 2, 241–255.

Leeuwis, F. H., Koot, H. M., Creemers, H. E., & van Lier, P. A. C. (2015). Implicit and Explicit Self-Esteem Discrepancies, Victimization and the Development of Late Childhood Internalizing problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(5), 909-919.

LeGear, M., Greyling, L., Sloan, E., Bell, R. I., Williams, B-L., Naylor, P-J., & Temple, V. A. (2012). A window of opportunity? Motor skill and perception of competence of children in kindergarten. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 29-33.

Li, G., Jiang, W., Du, Y., & Rossbach, k. (2017). Intelligence profiles of Chinese school-aged boys with high-functioning ASD and ADHD. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 1541–1549.

Lindsay, G., Dockrell, J., Letchford, B., et al. (2002) Self esteem of children with specific speech and language difficulties. *Child Language Teaching and Therapy* 18(2), 125–143.

Linnea, K., Hoza, B., Tomb, M., & Kaiser, N. (2012). Does a Positive Bias Relate to Social Behavior in Children with ADHD? *Behavior Therapy*, 43(4), 862–875.

Lola, H. M., Belete, H., Gebeyehu, A., Zerihun, A., Yimer, S., & Leta, K. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Children Aged 6 to 17

Years Old Living in Girja District, Rural Ethiopia. *Behavioural Neurology*, 1753580, 1-8.

Lopes, R. M. F., Farina, M., Welter, G. W., Esteves, C. S., & Argimon, I. I. L. (2012).

Sensibilidad del WISC-III em la identificación del Trastorno de Déficit Atencional com Hiperactividad (TDAH). *Cuadernos de Neuropsicología Panamerican Journal of Neuropsychology*. 6(1), 128-140.

Mahone, E. M., & Denckla, M. B. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Historical Neuropsychological Perspective. *J Int Neuropsychol Soc*, 23(9-10): 916–929.

Maia, C., Guardiano, M., Viana, V., Almeida, J. P., & Guimarães, M. J. (2011). Auto-conceito em crianças com Hiperactividade e Défice de Atenção. *Acta Med Port*, 24(S2), 493-502.

Martinez-Badía, J., & Martinez-Raga, J. (2015). Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World J Psychiatr*, 5(4), 379-386.

Mattos, P., Serra-Pinheiro, M.A., Rohde, L. A. & Pinto, D. (2006). Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *RevPsiquiatr RS*, 28(3):290-297.

McQuade, J. D., Tomb, M., Hoza, B., Waschbusch, D. A., Hurt, E. A., & Vaughn, A. J. (2011). Cognitive Deficits and Positively Biased Self-Perceptions in Children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(2), 307–319.

- McQuade, J. D., Mendoza, S. A., Larsen, K. L., & Breaux, R. P. (2017). The Nature of Social Positive Illusory Bias: Reflection of Social Impairment, Self-Protective Motivation, or Poor Executive Functioning? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(2), 289–300.
- Meysamie, A., Fard, M. D., & Mohammadi, M. R. (2011). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in preschool-aged Iranian children. *Iranian Journal of Pediatrics*, 21(4), 467–472.
- Molina, M. F. & Maglio, A. L. (2013). Características del Autoconcepto y el Ajuste en las Autopercepciones de los Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de Buenos Aires. *Cuadernos de Neuropsicología*, 7(2), 50-71.
- Moura, O., Costa, P., & Simões, M. R. (2019). WISC-III Cognitive Profiles in Children with ADHD: Specific Cognitive Impairments and Diagnostic Utility. *The Journal of General Psychology*, 1–25.
- Muenks, K, Wigfield, A. & Eccles, J. S. (2018). I can do this! The development and calibration of children's expectations for success and competence beliefs. *Developmental Review*, 48, 24-39.
- Muñoz-Silva, A., Lago-Urbano, R., Sanchez-Garcia, M., & Carmona-Márquez, J. (2017). Child/Adolescent's ADHD and Parenting Stress: The Mediating Role of Family Impact and Conduct Problems. *Frontiers in Psychology*, 8, 2252.
- Ndukuba, A. C., Odinka, P. C., Muomah, R. C., Obindo, J. T., & Omigbodun, O. O. (2014). *ADHD* Among Rural Southeastern Nigerian Primary School Children: Prevalence and Psychosocial Factors. *Journal of Attention Disorders*, 21(10), 865–871.

- Nigg, J. T. (2013). Attention deficits and hyperactivity- impulsivity: What have we learned, what next? *Development and Psychopathology*, 25(4), 1489-1503.
- Nobre, G. C., Bandeira, P. F. R., Ramalho, M. H. S., Nobre, F. S. S., & Valentini, N. C. (2015). Self-perception of competence in children from socially vulnerable contexts, assisted and unassisted by social sports projects. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 271-276.
- Nomi, J. S., Schettini, E., Voorhies, W., Bolt, T. S., Heller, A. S., & Uddin, L. Q. (2018). Resting-State Brain Signal Variability in Prefrontal Cortex Is Associate With ADHD Symptom Severity in Children. *Front. Hum. Neurosci.*, 12(90),1-8.
- Norbury CF, Gooch D, Wray C, et al. (2016) The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1247–1257.
- O’Byrne, C., & Muldoon, O. T. (2017). Changes in domain specific self-perception amongst young people with intellectual disability: a longitudinal study. *European Journal of Special Needs Education*, 33(1), 59–72.
- O’Neill, S., Thornton, V., Marks. D. J., Rajendran, K., & Halperin, J. M. (2016). Early language mediates the relations between preschool inattention and school-age reading achievement. *Neuropsychology*, 30(4), 398–404.
- O'Neill, S., Rajendran, K., Mahbubani, S. M., & Halperin, J. M. (2017). Preschool Predictors of ADHD Symptoms and Impairment During Childhood and Adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19, 1-15.

- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ortiz-Pérez, A.; Moreno-García, I. (2015). Perfil electroencefalográfico de niños con TDAH. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(2), 129-134.
- Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., & Kaiser, N. M. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 335–351.
- Petersen, C. S., & Wainer, R. (2011). *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte*. Porto Alegre: Artmed.
- Petersen, I. T., Bates, J.E., D’Onofrio, B.M., et al. (2013) Language ability predicts the development of behavior problems in children. *Journal of Abnormal Psychology* 122(2), 542.
- Pievsky, M. A., & McGrath, R. E. (2017). The Neurocognitive Profile of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review of Meta-Analyses. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 1–15.
- Plummer, D. (2012). *Como aumentar a autoestima das crianças* [Trad. A. Veleza].(2ª ed.). Porto: Porto Editora.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rhonde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(3), 345-65.

- Polanczyk, G. V., & Jensen P. (2008). Epidemiologic considerations in attention déficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 17(2), 145-160.
- Primi, R. (2003). Inteligência: Avanços nos modelos teóricos e nos instrumentos de medida. *Avaliação psicológica*, 2(1), 67-77.
- Qian, Y., Chang, W., He, X., Yang, L., Liu, L., Ma, Q., Li, Y., Sun, L., Qian, Q., & Wang, Y. (2106). Emotional dysregulation of ADHD in childhood predicts poorearly-adulthood outcomes: A prospective follow up study. *Research in Developmental Disabilities*, 59, 428–436.
- Ramos, A. A., Hamdan, A. C., & Machado, L. (2019). A meta-analysis on verbal working memory in children and adolescents with ADHD. *Clin Neuropsychol*, 1-26.
- Rivas-Juesas, C., Dios, J. G., Benac-Prefaci, M. & Colomer-Revuelta, J. (2016). Análisis de los factores ligados al diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infância. *Elsevier España*, 32(7), 431-439.
- Ros, R., & Graziano, P. A. (2017). Social Functioning in Children With or At Risk for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *J Clin Child Adolesc Psychol*; 1-23.
- Rowland, A. S., Skipper, B. J., Rabiner, D. L., Qeadan, F., Campbell, R. A., Naftel, A. J., & Umbach, D. M. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Interaction between socioeconomic status and parental history of ADHD determines prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(3), 213–222.

- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (11ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Sánchez, C., Ramos, C., & Díaz, L. (2014). Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder: prevalence of risk in the scholastic scope of the Canary islands. *Actas españolas de psiquiatria*, 42(4), 169–175.
- Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD—Review of Existing Evidence. *Curr Psychiatry Rep*, 19(1), 1-8.
- Senol, V., Unalan, D., Akca, R. P., & Basturk, M. (2017). Prevalence of attentiondeficit/hyperactivity and other disruptive behavior disorder symptoms among primary school-age children in Kayseri, Turkey. *Journal of International Medical Research*, 0(0), 1–13.
- Sergeant, J.A., Geurts, H., & Oosterlaan, J. (2002). How specific is a déficit of executive functioning for attention- deficit/hyperactivity disorder? *Behav Brain Res*, 130, 3- 28.
- Shuai1, L., Daley, D., Wang, Y., Zhang, J., Kong, Y., Tan, X., & Ji, N. (2017). Executive Function Training for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Chinese Medical Journal*, 130(5), 549-558.
- Silva, D., Colvin, L., Hagemann, E., & Bower, C. (2014). Environmental risk factors by gender associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 133(1), 14–22.

- Soria, I. N., Cortés, J. F., Cerván, R. L., & Mier, R. J. R. (2017). Detecting Differences between Clinical Presentations in ADHD through the Cognitive Profile Obtained from WISC-IV. *Universal Journal of Psychology*, 5(4): 179-186.
- Staikova, E., Gomes, H., Tartter, V., McCabe, A., & Halperin, J. M. (2013). Pragmatic deficits and social impairment in children with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*, 54(12), 1275–83.
- Stephens, H. F., Lynch, R. J., & Kistner, J. A. (2016). Positively Biased Self-Perceptions: Who Has Them and What are Their Effects?. *Child Psychiatry and Human Development*. 47(2), 305-316.
- Stenseng, F., Belsky, J., Skalicka, V., & Wichstrøm, L. (2016). Peer rejection and attention deficit hyperactivity disorder symptoms: reciprocal relations through ages 4, 6, and 8. *Child Development*, 87, 365–733.
- Sternberg, R. J. (2008). *Psicologia Cognitiva*. (4° ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Swanson, E. N., Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. (2012). Is the positive illusory bias illusory? Examining discrepant self-perceptions of competence in girls with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(6), 987-998.
- Tannock, R. (2013). Rethinking ADHD and LD in DSM-5: proposed changes in diagnostic criteria. *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 5-25.
- Taylor, E. (2011). Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts. *Atten Defic Hyperact Disord*, 3(2), 69-75.
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R., & Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder?. *Arch Dis Child*, 97, 260–265.

- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). What have we learnt about the causes of ADHD?. *J Child Psychol Psychiatry*, 54, 3-16.
- Tisser, L. (2017). *Avaliação neuropsicológica infantil*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Tseng, W., Kawabata, Y., Gau, S. S., & Crick, N. R. (2014). Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Peer Functioning: a Transactional Model of Development. *Journal of abnormal child psychology*, 42, 1353–1365.
- Ullebø, A. K., Posserud, M. B., Heiervang, E., Obel, C., & Gillberg, C. (2012). Prevalence of the ADHD phenotype in 7-to 9-year-old children: Effects of informant, gender and non-participation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 763–769.
- Valentini, N. C. (2002). Percepções de competência e desenvolvimento motor de meninos e meninas: um estudo transversal. *Movimento*, 2(8): 51-62.
- Volz-Sidiropoulou, E., Boecker, M., & Gauggel, S. (2013). The Positive Illusory Bias in Children and Adolescents With ADHD: Further Evidence. *Journal of Attention Disorders*, 20(2), 178-186.
- Vuori, M., Autti-Rämö, I., Junttila, N., Vauras, M., & Tuulio-Henriksson, A. (2016). Discrepancies between self- and adult-perceptions of social competence in children with neuropsychiatric disorders. *Child: Care, Health and Development*, 43(5), 670–678.
- Wagner, F., Rohde, L. A., & Trentini, C. M. (2016). Neuropsicologia do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: Modelos Neuropsicológicos e Resultados de Estudos Empíricos. *Psico-UFC*, 21(3), 573-582.

- Wechsler, D. (2013). *WISC-IV: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual Técnico*. (4. ed). Adaptação e Padronização de uma amostra brasileira. Rueda, F.J.M, Noronha, A.P.P., Sisto, F.F., Santos, A.A. A., & Castro, N.R. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review*, 66(5), 297-333.
- Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T., & Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *J. Abnorm Child Psychol*, 44, 561–574.
- Wu, Z. M., Llera, A., Hoogman, M., Cao, Q. J., Zwiers, M. P., Bralten, J., An, L., Sun, L., Yang, L., Yang, B. R., Zang, Y. F., Franke, B., Beckmann, C. F., Mennes, M., Wang, Y. F. (2019). Linked anatomical and functional brain alterations in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuroimage Clin.*, 4(23), 1-8.



APÊNDICE A

Universidade Federal do Pará

Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Função Cognitiva e a Coerência da Percepção de Competência de Crianças com e sem TDAH com a de seus Pais.

Esclarecimentos da Pesquisa:

Caro participante, o presente projeto tem como objetivo investigar a função cognitiva de crianças com e sem TDAH e a percepção de competência das crianças e a percepção de seus pais. Caso aceite o convite para participação desta pesquisa, será na condição de voluntário não havendo qualquer custo ou remuneração financeira. As informações desta pesquisa precisarão ser registradas em áudio para posterior análise científica, estando seus dados de identificação sob sigilo amparado na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa será composta de duas fases: 1) Entrevista inicial e aplicação de instrumento com o cuidador responsável; 2) Aplicação de instrumentos e teste cognitivo na criança. Os riscos em participar desta pesquisa são mínimos, mas você ou a criança poderá sentir cansaço e/ou algum retraimento para responder algumas questões ou quando submetido a algum teste, caso isto ocorra, você estará livre para retirar seu consentimento ou desistir da pesquisa, sendo amparado por profissionais qualificados caso necessite. Como benefício, você receberá um relatório, contendo o desempenho cognitivo da sua criança, realizado por uma psicóloga treinada e com experiência, além de outro relatório quanto a percepções de competências. Esta pesquisa está sendo realizada pela pós-graduanda Ana Paula Pureza Pantoja, vinculada ao Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento sob orientação da Prof(a). Dr(a). Simone Souza da Costa Silva.

Pesquisador(a)
Email: paulapantoja1807@hotmail.com
Fone: 981468646

Orientadora
Email: symon.ufpa@gmail.com
Fone: 988098179

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido(a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa, cooperando com a coleta de informações.

Belém, ____/____/____

Assinatura do Participante



APÊNDICE B

Serviço Público Federal

Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

QUESTIONÁRIO CLÍNICO-SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Entrevistador:	Data da Entrevista:
Entrevistado: _____	Grau de parentesco com a criança: _____
Contato:	
Endereço:	

I - CARACTERIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL DA CRIANÇA

Nome: _____

Idade: _____ Contato: () _____

Endereço: _____

Grau de parentesco com a criança: _____

Situação civil: (1) Casado (a) ou com companheiro(a) (2) Separado(a) (3) Viúva (o) (4) Solteiro(a)

Nível de Escolaridade: (1) Analfabeta (2) Fundamental Incompleto (3) Fundamental Completo (4) Ensino Médio Incompleto (5) Ensino Médio Completo (6) Técnico (7) Superior Incompleto (8) Superior Completo

Religião: _____ Etnia auto relatada: _____ Naturalidade: _____

Você trabalha? (Sim) (Não) Ocupação: _____

II- DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Renda familiar: () sem rendimento () até 1 salário mínimo () mais de um a dois salários mínimos () mais de dois a três salários mínimos () mais de 3 a 5 salários mínimos () mais de 5 a 10 salários mínimos () mais de 10 a 20 salários mínimos () mais de 20 salários mínimos

Beneficiária de algum programa de transferência de renda governo Federal? (Sim) Qual(s)? _____
(Não)

Moradia: (Casa) (Apartamento)

Própria (1) Alugada (2) De parentes (3) Outros _____

III- ESTRUTURA FAMILIAR

Tipo de família: (1) casal sem filhos (2) casal com filhos (3) mulher sem cônjuge com filhos (4) família recombinação (5) família extensa

Composição familiar (incluir as pessoas que moram na casa com a criança):

Nome	Grau parentesco com a criança	Idade

IV- CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: () F () M

Data de nascimento: ____/____/____

Qual a posição da criança na prole: (1º) (2º) (3º) (4º) (outros) _____

Informações sobre Gestação, Parto e Puerpério:

Gestação: () Tranquila () estressante

A mãe apresentou problemas de saúde durante a gestação?

(1) Sim (2) Não *Se sim, quais: _____

Ocorreu algum problema durante o parto?

(1) Sim (2) Não *Se sim, qual: _____

O parto foi: () a termo (nove meses); () pré-termo. Se pré-termo, com quantos meses de gestação _____

A criança apresentou algum problema ao nascer (como baixo peso, dificuldade para respirar, engoliu mecônio)?

(1) Sim (2) Não *Se sim, qual: _____

Dados Escolares

Frequente escola: () Sim () Não Que tipo de escola: () Pública () Particular

Em que ano escolar a criança se encontra: _____

Repetiu alguma série: () Não () Sim. Qual foi o motivo? _____

Evasão Escolar: () Não () Sim. Qual foi o motivo? _____

A criança sabe ler, escrever e compreende o que lê? () sim () sim, com dificuldade () não

Dados Extra-escolares

A criança pratica algum esporte?

(1) Sim (2) Não *Se sim, quais: _____

A criança faz alguma atividade extra-curricular?

(1) Sim (2) Não *Se sim, quais: _____

V - DADOS CLÍNICOS

Qual o diagnóstico da criança? _____

Quem forneceu o diagnóstico ou impressão diagnóstica? _____

Quantos anos a criança tinha? _____

A criança possui algum problema de saúde importante / algum problema psiquiátrico?

(1) Sim (2) Não *Se sim, quais: _____

Que tipo de atendimento sua criança frequenta: () Psiquiatra () Psicólogo () Pedagoga () Psicopedagoga () Fono () TO () outros

Há quanto tempo seu filho recebe estes atendimentos _____

A criança faz uso de medicação? () Sim Qual/frequência? _____ () Não

Histórico psicopatológico da família:

TDAH:

Outros Transtornos:

Alcoolismo e Dependência Química:

APÊNDICE C – MTA-SNAP-IV (Mattos, et al., 2006)

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7. Perde coisas necessárias para atividades (ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não para ou frequentemente está a "mil por hora"				
15. Fala em excesso				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo: intromete-se nas conversas, jogos, etc.)				

APÊNDICE D

Teacher's Rating Scale of The Student's Actual Behavior (HARTER, 1985,2012)

Escala Paralela de Percepção de Competência de crianças para Pais

COMO MEU FILHO É

As frases abaixo se referem à maneira como algumas crianças são. Responda de acordo com o que você acha que seu filho é, e não pensando qual seria a melhor resposta, pois este questionário não tem respostas certas ou erradas. Depois indique se o tipo de criança que você escolheu é muito verdadeiro ou pouco verdadeiro em relação ao seu filho, marque apenas um quadrado.

	Muito verdadeiro	Pouco verdadeiro				Pouco verdadeiro	Muito verdadeiro
1			Esta criança é muito boa nos seus deveres da escola.	Mas	Esta criança não consegue fazer o dever da escola que lhe é pedido.		
2			Esta criança acha difícil fazer amigos.	Mas	Para esta criança é bastante fácil.		
3			Esta criança se dá muito bem em todos os tipos de esportes.	Mas	Esta criança não é muito boa quando se trata de esportes.		
4			Esta criança tem uma aparência boa.	Mas	Esta criança não tem uma aparência muito boa.		
5			Esta criança geralmente se comporta bem.	Mas	Esta criança muitas vezes não se comporta bem.		
6			Esta criança muitas vezes esquece o que aprendeu na escola.	Mas	Esta criança consegue lembrar facilmente das coisas.		
7			Esta criança tem habilidades sociais para fazer amigos.	Mas	Esta criança não tem habilidades sociais para fazer amigos.		
8			Esta criança é melhor nos esportes que outras da sua idade.	Mas	Esta criança não consegue jogar bem.		
9			Esta criança tem uma boa aparência física.	Mas	Esta criança não tem uma boa aparência física.		
10			Esta criança geralmente age adequadamente.	Mas	Esta criança seria melhor se agisse diferente.		
11			Esta criança tem dificuldades para descobrir as respostas na escola.	Mas	Esta criança quase sempre consegue descobrir as respostas.		
12			Esta criança sabe como se tornar popular.	Mas	Esta criança não sabe como se tornar popular.		
13			Esta criança não se sai bem em novos jogos ao ar livre.	Mas	Esta criança se sai bem em novos jogos assim que aprende.		
14			Esta criança não tem uma aparência muito boa.	Mas	Esta criança tem uma aparência muito boa.		
15			Esta criança muitas vezes se envolve em problemas por causa das coisas que fazem.	Mas	Esta criança geralmente não faz coisas que trazem problemas pra ela.		

APÊNDICE E
Self Perception Profile for Children ou Escala de Autopercepção de Harter
 (HARTER, 1985, 2012)

COMO EU SOU

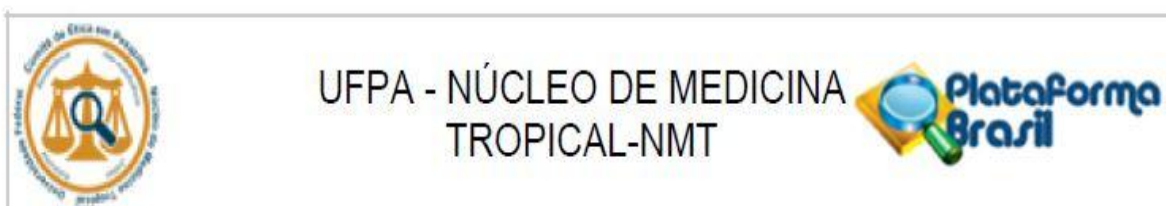
As frases abaixo se referem à maneira como algumas crianças são. Você deve responder de acordo com o que você é e não pensando qual é a melhor resposta, pois este questionário não tem respostas certas e erradas.

	Muito verdadeiro	Pouco verdadeiro				Pouco verdadeiro	Muito verdadeiro
01			Algumas crianças acham que são muito boas em suas tarefas escolares	MAS	Outras crianças se preocupam sobre conseguir fazer suas tarefas escolares.		
02			Algumas crianças acham difícil fazer amigos	MAS	Outras crianças acham muito fácil fazer amigos		
03			Algumas crianças se dão muito bem em todos os tipos de esporte.	MAS	Outras crianças não se acham muito boas quando se trata de esportes.		
04			Algumas crianças estão felizes com sua aparência(a maneira como se parecem).	MAS	Outras crianças não estão felizes com sua aparência.		
05			Algumas crianças muitas vezes não gostam da forma como se comportam	MAS	Outras crianças muitas vezes gostam da forma como se comportam		
06			Algumas crianças muitas vezes estão infelizes consigo mesmas.	MAS	Outras crianças estão muito felizes consigo mesmas.		
07			Algumas crianças sentem que são tão inteligentes quanto as outras crianças de sua idade.	MAS	Outras crianças não têm tanta certeza, e se perguntam se são tão inteligentes.		
08			Algumas crianças têm muitos amigos.	MAS	Outras crianças não têm muitos amigos.		
09			Algumas crianças gostariam de ser muito melhores nos esportes.	MAS	Outras crianças sentem que são bastante boas nos esportes.		
10			Algumas crianças estão felizes com sua altura e peso.	MAS	Outras crianças gostariam que sua altura ou peso fosse diferente.		
11			Algumas crianças muitas vezes fazem a coisa certa.	MAS	Outras crianças muitas vezes não fazem a coisa certa.		
12			Algumas crianças não gostam da forma como estão levando a vida	MAS	Outras crianças gostam da forma como estão levando a vida		
13			Algumas crianças são bastante lentas para terminar seu trabalho da escola	MAS	Outras crianças conseguem fazer rapidamente seu trabalho da escola.		
14			Algumas crianças gostariam de ter muito mais amigos.	MAS	Outras crianças têm tantos amigos quanto querem		
15			Algumas crianças acham que poderiam se sair bem em qualquer esporte que nunca tentaram antes.	MAS	Outras crianças têm medo de não se sair bem em esportes que nunca tentaram.		

	Muito verdadeiro	Pouco verdadeiro				Pouco verdadeiro	Muito verdadeiro
16			Algumas crianças gostariam que seus corpos fossem diferentes.	MAS	Outras crianças gostam de seus corpos como estão.		
17			Algumas crianças muitas vezes se comportam da forma que acham que deveriam.	MAS	Outras crianças muitas vezes não se comportam da forma que acham que deveriam.		
18			Algumas crianças estão felizes consigo mesmas como pessoa.	MAS	Outras crianças muitas vezes não estão felizes consigo mesmas.		
19			Algumas crianças muitas vezes se esquecem do que aprenderam.	MAS	Outras crianças conseguem se lembrar das coisas com facilidade.		
20			Algumas crianças estão sempre fazendo coisas com muitas crianças.	MAS	Outras crianças muitas vezes fazem coisas sozinhas.		
21			Algumas crianças sentem que são melhores nos esportes que outras de sua idade.	MAS	Outras crianças não se sentem capazes de jogar tão bem.		
22			Algumas crianças gostariam que sua aparência física (como se parecem) fosse diferente.	MAS	Outras crianças gostam de sua aparência física como é.		
23			Algumas crianças muitas vezes se envolvem em problemas por causa das coisas que fazem.	MAS	Outras crianças muitas vezes não fazem coisas que as coloquem em encrenca.		
24			Algumas crianças gostam do tipo de pessoa que são.	MAS	Outras crianças muitas vezes gostariam de ser outra pessoa.		
25			Algumas crianças se dão muito bem com seus trabalhos em sala de aula.	MAS	Outras crianças não se dão muito bem com seus trabalhos em sala de aula.		
26			Algumas crianças gostariam que mais pessoas de sua idade gostassem delas.	MAS	Outras crianças sentem que a maioria das pessoas da sua idade gosta delas.		
27			Nos jogos e esportes, algumas crianças na maioria das vezes observam ao invés de brincar.	MAS	Outras crianças na maioria das vezes brincam ao invés de apenas olhar.		
28			Algumas crianças gostariam que alguma coisa em seus rostos ou cabelo fosse diferente.	MAS	Outras crianças gostam de seus rostos e cabelos do jeito que estão.		
29			Algumas crianças fazem coisas que sabem que não deveriam fazer.	MAS	Outras crianças quase nunca fazem coisas que sabem que não deveriam fazer.		
30			Algumas crianças estão muito felizes sendo do jeito que são.	MAS	Outras crianças gostariam de ser diferentes.		
31			Algumas crianças têm dificuldades para saber as respostas na escola.	MAS	Outras crianças quase sempre conseguem saber as respostas.		
32			Algumas crianças são populares entre outras de sua idade.	MAS	Outras crianças não são muito populares.		

	Muito verdadeiro	Pouco verdadeiro				Pouco verdadeiro	Muito verdadeiro
33			Algumas crianças não se saem bem em novos jogos ao ar livre.	MAS	Outras crianças se saem bem em novos jogos assim que aprendem.		
34			Algumas crianças acham que têm boa aparência.	MAS	Outras crianças acham que não têm aparência muito boa.		
35			Algumas crianças se comportam muito bem.	MAS	Outras crianças muitas vezes acham difícil se comportar bem.		
36			Algumas crianças não estão muito contentes com a forma como fazem muitas das coisas.	MAS	Outras crianças acham que a forma como fazem as coisas está ótima.		

APÊNDICE F



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Função Cognitiva e a Coerência da Percepção de Competência de crianças com TDAH com a de seus pais.

Pesquisador: Ana Paula Pureza Pantoja

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86168218.7.0000.5172

Instituição Proponente: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.898.741

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 17 de Setembro de 2018

Assinado por:
FABIOLA ELIZABETH VILLANOVA
(Coordenador)