

Perfil cognitivo e percepção de competência de crianças com e sem TDAH

*Ana Paula Pureza Pantoja**
*Carla de Cassia Carvalho Casado***
*Edson Marcos Leal Soares Ramos****
*Simone Souza da Costa Silva*****

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre o perfil cognitivo e a percepção de competência de crianças com e sem TDAH. Participaram 30 crianças com TDAH e 30 crianças no grupo controle, entre 8 a 12 anos. O Self-perception Profile for Children (SPPC) foi preenchido pelas crianças para avaliar a percepção de competência e o perfil cognitivo foi investigado 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. As pontuações baixas nos índices do WISC-IV se associavam a baixas percepções de competências. Para as crianças com TDAH, a competência de conduta comportamental foi relacionada ao perfil cognitivo com maior significância em relação as crianças sem o transtorno. Esses achados reforçam a necessidade de compreender como as crianças constroem suas percepções e julgamentos sobre suas habilidades, e como os processos cognitivos perpassam por essa percepção.

Palavra-chave: TDAH; Cognição; Percepção de competência.

Cognitive profile and perception of children's competence with and without adhd

Abstract

The aim of this study was to investigate the relation between cognitive profile and perception of competence of children with and without ADHD. Thirty children with ADHD and 30 children in the control group, aged 8 to 12 years, participated. The Self-perception Profile for children (SPPC) was completed by the children to assess the perception of competence and the cognitive profile was investigated by WISC-IV. The results indicate, for both groups, that high scores on WISC-IV components led to high skill competences. Low WISC-IV scores were associated with poor perceptions of skills. For children with ADHD, behavioral competence was related to cognitive profile with greater significance than for children without the disorder. These findings reinforce the need to understand how children build their perceptions and judgments about their abilities, and how cognitive processes pervade this perception.

Keywords: ADHD; Cognition; Perception of competence.

* Secretaria Municipal de Saúde de Belem. paulapantoja1807@hotmail.com

** Universidade Federal do Pará. carlacasado@ufpa.br

***Universidade Federal do Pará. ramosedson@gmail.com

**** Universidade Federal do Pará. Symon@ufpa.br

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio do desenvolvimento neurobiológico caracterizado por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade comum na infância (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017). Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (2014), o TDAH pode se apresentar de três formas diferentes: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo-impulsivo e combinado. Estes subtipos são definidos a partir dos sintomas predominantes nos últimos seis meses. Em um checklist de 18 itens, é cotado ponto de corte de 6 itens de um total de 9 para desatenção ou hiperatividade/impulsividade, ou mesmo de ambas, com alguns sintomas instalados antes dos 12 anos de idade, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento da criança.

A etiologia do TDAH é complexa e multifatorial, com fatores genéticos e ambientais envolvidos, com uma contribuição genética responsável por cerca de 70-80% da hereditariedade do distúrbio. Diversos polimorfismos em genes relacionados aos sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos parecem estar presentes (Azeredo, Moreira & Barbosa, 2018). Desta forma, a tríade sintomatológica do transtorno reverbera em prejuízos funcionais significativos em múltiplos aspectos da vida da criança (social, acadêmico, comportamental, entre outros), com possível repercussão na autoestima, na percepção de suas próprias competências e no seu desenvolvimento futuro (O'Neill, Rajendran, Mahbubani & Halperin, 2017).

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). Segundo Harter (2012), no decorrer do desenvolvimento, na medida em que a criança amadurece cognitivamente, inicia a distinguir suas habilidades em domínios diferentes (como competência física, social, acadêmica) e altera as suas percepções de acordo com aspectos pessoais (idade, gênero, motivação intrínseca) em interação com as suas experiências vividas, em consonância com a interpretação e avaliação que pessoas significativas (pais, professores, seus pares) fazem acerca dos seus comportamentos e características. Logo, a construção da competência é mediadora de novas conquistas e essencial para o desenvolvimento integral da criança (Amin, Duquesnay, Wright, Economos & Sacheck, 2018).

Desta forma, pretendeu-se, neste estudo, investigar a relação entre o perfil cognitivo, obtido através dos índices de escores no WISC, e a percepção de competência de crianças com e sem TDAH.

Método

Participantes: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, com uma amostragem não probabilística, por conveniência de crianças com e sem TDAH. 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: Grupo Experimental (GE) – 30 crianças com TDAH - e o Grupo Controle (GC) – 30 crianças sem TDAH, pareadas por idade, sexo, escolaridade e situação econômica, com as crianças do GE. Como critério de inclusão considerou-se aqueles que atendessem para o GE: diagnóstico do TDAH baseados no roteiro de entrevista proposta pelo DSM-V ou impressões diagnósticas do transtorno, de acordo com o questionário SNAP-IV, para o GC: ausência do diagnóstico do TDAH ou impressões diagnósticas do transtorno, e para pais e/ou cuidador de ambos os grupos: idade superior a 18 anos e alfabetizados. Foram excluídas crianças com TDAH em associação com comorbidades psiquiátricas ou neurológicas que estivessem em prontuários e crianças do GC com algum transtorno do desenvolvimento (com laudo médico) e em ambos os grupos, crianças com valor do $QI \leq 69$ no WISC-IV.

Local de pesquisa: Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC) da Universidade Federal do Pará (UFPA) para crianças com TDAH e em duas escolas públicas para crianças do GC.

Instrumentos

1 – Questionário clínico-sócio-demográfico: elaborado pelos autores, foi aplicado com os pais com o objetivo de traçar um perfil da população do estudo. O instrumento é constituído por itens referentes à caracterização do responsável, dados sóciodemográficos, estrutura familiar, caracterização da criança e dados clínicos sobre TDAH.

2-MTA-SNAP IV: questionário semiestruturado 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 rastreamento, avaliação da gravidade e frequência de sintomas. A escala utilizada neste estudo foi proposta por Mattos *et al.* (2006), que realizou uma adaptação transcultural do SNAP-IV para a população brasileira. Foram analisados os escores totais de desatenção e hiperatividade/impulsividade, aplicado com os pais dos dois grupos como triagem inicial para impressões diagnósticas do TDAH ou ausência dele.

3-Self-perception Profile for children (SPPC), ou Escala de Autopercepção de Harter: a escala avalia a percepção de competência de crianças de 8 a 12 anos, validada no Brasil por Valentini, Villwock, Vieira, Vieira e Barbosa (2010), no qual observaram ótima fidedignidade, com α : 0,86. Consiste em 36 itens, subdivididos em 6 domínios independentes: Competência acadêmica, Aceitação social, Competência motora, Aparência física, Conduta comportamental e Autoconceito Geral. Cada item é organizado em estrutura de respostas 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. 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.

4-Escala Wechsler de Inteligência para Crianças - WISC-IV (Wechsler, 2013): a qual avalia habilidades cognitivas e o processo de resolução de problemas de crianças e adolescentes de 06 anos a 16 anos e 11 meses de idade. É composta de 10 subtestes primários e 5 subtestes suplementares, 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 (ICV), Organização Perceptual (IOP), Memória Operacional (IMO) e Velocidade de Processamento (IVP), além de uma escala-completa de Quociente de inteligência (QI) Total. Nesta pesquisa foram utilizados os 10 subtestes primários e os subtestes suplementares caso houvesse necessidade, conforme manual.

Procedimentos

- De coleta: foram divididos em sete etapas: 1) contato com as instituições (CASMUC e duas escola pública) e solicitação de autorização para a realização da pesquisa; 2) seleção dos participantes do GE (encaminhamento médico de crianças com código F 90.0 - distúrbios da atividade e da atenção; 3) contato com as famílias do GE (convite de participação e agendamento da entrevista inicial de maneira individual com cada participante); 4) coleta de dados do GE (1º encontro - aplicação do questionário sociodemográfico e SNAP com os pais e do SPPC com a criança em uma sala reservada no Casmuc, 2º encontro – avaliação da criança através do WISC-IV por um psicólogo treinado em uma sala reservada no Casmuc); 5) seleção dos participantes do GC (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); 6) Contato com as famílias do GC (através de uma reunião com os pais na escola foi realizado um convite de participação da pesquisa e agendamento da entrevista inicial de maneira individual) e 7) Coleta de dados do GC (1º encontro - aplicação do questionário sociodemográfico e SNAP com os pais e do SPPC com a criança em uma sala reservada na escola -, 2º encontro – avaliação da criança através do WISC-IV por um psicólogo treinado em uma sala reservada na escola).

- De análise de dados: O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o auxílio do software SPSS - Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0 e Aplicativo Estatística, versão 6.0. Para descrever as informações relativas ao Questionário clínico-sócio-demográfico, o SNAP-IV, o SPPC e WISC-IV, a Análise Exploratória de Dados foi utilizada para descrever as informações por meio de porcentagens, índices e médias. Os testes paramétricos, como o Teste *t*, foi aplicado para comparação entre as médias das variáveis quantitativas estudadas entre GC e GE e o teste do Qui-quadrado, realizado para comparar a prevalência nas variáveis qualitativas. A fim de relacionar as variáveis do perfil cognitivo e percepção de competência, utilizou-se a Análise de Correspondência, que é uma técnica estatística exploratória utilizada para verificar associações ou similaridades entre variáveis qualitativas ou variáveis contínuas categorizadas (Bussab & Morettin, 2017). Para a análise, todas as variáveis foram divididas em três categorias. As variáveis referentes aos índices do WISC-IV foram categorizadas em Baixo (pontuações ≤ 79), Médio (pontuações entre 80 a 109) e Alto (pontuações ≥ 110), assim como as variáveis de percepção de competência também foram categorizadas em Baixo (pontuações de 1 a 2), Moderado (pontuações 2,1 a 2,9) e Alto (pontuações de 3 a 4). Adotou-se um nível de significância para todas as inferências estatísticas de $\alpha = 5\%$ ($p \leq 0,05$).

Considerações éticas: a pesquisa foi submetida ao comitê de ética da UFPA e aprovada, 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 TCLE.

Resultados

1 – Perfil sócio-demográfico e clínico: A faixa etária das crianças variou de 8 a 12 anos, com média de 9 anos, 10 meses e 3 dias para o GE e 9 anos, 9 meses e

28 dias para o GC, com predominância do sexo masculino (GE: 86,67%; GC: 86,67%). Como evidenciado na tabela 1, a amostra era homogênea quanto a distribuição das variáveis sociodemográficas, com o perfil de renda familiar de menos de um salário mínimo e até 2 salários, cuidadores principais com prevalência da figura materna, que eram casadas, donas-de-casa e com ensino médio

completo/incompleto. Para as crianças com TDAH, especificamente, a apresentação do transtorno se equilibrou entre desatenta (46,67%) e combinado (46,67), com apenas 6,66% do perfil de crianças hiperativa, nenhuma das crianças utilizava medicações para o transtorno e 60% realizava reabilitação com equipe multiprofissional.

Tabela 1: Quantidade e Percentual das Características Sociodemográficas 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
Renda Econômica Familiar	GE	≤ 1 SM	16	53,34
		> 1 SM a ≤ 2 SM	9	30,00
		> 2 SM a ≤ 5 SM	5	16,66
	GC	≤ 1 SM	11	36,67
		> 1 SM a ≤ 2 SM	11	36,67
		> 2 SM a ≤ 5 SM	8	26,67
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
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.	18	60,00
		Super. Incomp. /Comp.	6	20,00
	GC	Fund. Incomp./Comp.	5	16,67
		Médio Incomp. /Comp.	18	60,00
		Super. Incomp. /Comp.	7	23,33
Ocupação do responsável	GE	Dona de Casa	19	63,33
		Autônoma	2	6,67
		Outros	9	30,00
	GC	Dona de Casa	11	36,67
		Autônoma	18	60,00
		Outros	1	3,33

2 – Percepção de Competência: 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 moderadas (40%) e 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 2.

Tabela 2: 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.

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, $p \leq 0,05$.

3 - Perfil Cognitivo: o QI total, assim como todos os 4 índices fatoriais do WISC-IV, apresentou valores dentro da média para idade das crianças de ambos os grupos. Pode-se observar na tabela 3, que apenas no 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.

Tabela 3: 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.

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 – Relação do perfil cognitivo e autopercepção de competência de crianças com e sem TDAH: o 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 associados a baixas percepções de competência em todos os domínios, já os valores altos no QI foram associados a alta percepção em 3 domínios (comportamental, acadêmico e social) em crianças 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 específica dos quatro índices fatoriais que compõem o WISC-IV, as crianças com TDAH com baixa percepção de competência, principalmente em domínios sociais e acadêmicos são relacionadas a baixas pontuações em componentes cognitivos, com maior relevância na compressão verbal, velocidade de processamento e organização perceptual. No GC, as crianças

com baixa percepções de competências, especialmente no domínio acadêmico, são associadas a baixas pontuações nos índices de memória operacional e velocidade de processamento. Já em relação às altas percepções de competências no quesito social, comportamental e acadêmico em crianças com TDAH refletiram alto rendimento em organização perceptual, velocidade de processamento e compressão verbal. Nas crianças do GC, rendimentos maiores em organização perceptual e compressão verbal são relacionados a percepções de suas competências altas, principalmente no componente acadêmico e motor.

Assim, os resultados apontam que o índice do WISC-IV mais fortemente relacionado com a percepção de competência de crianças, para ambos os grupos, foi a compreensão verbal. O componente de conduta comportamental se mostrou associado ao perfil cognitivo, principalmente em crianças com TDAH. Na Tabela 4, são 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 4: 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.

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	Baixa	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	Baixa	-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	Baixa	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	Baixa	-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	Baixa	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	↑	↑	↑	↑	↑				
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	Baixa	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	Baixa	-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	Baixa	-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	Baixa	-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	Baixa	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 fortemente significativas, pois $\gamma \times 100 \geq 70\%$; † - Sem Ocorrência.

Discussão

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), além da possibilidade de repercussão no desenvolvimento futuro das crianças em diversos aspectos (APA., 2014). Logo, identificar e conhecer essa população torna-se interesse de várias comunidades científicas e centros de saúde.

Conforme os resultados 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 público em Belém-Pará apontaram uma prevalência do diagnóstico no sexo masculino (86,67%). Apesar da amostra deste estudo ser de conveniência, constituída de crianças cujos familiares aceitaram participar da pesquisa, esses dados corroboram com literatura vigente que evidencia diferenças entre gêneros, sendo comumente aceito que é uma desordem mais frequente em crianças e adolescentes do sexo masculino (Carvalho, Ciasca & Rodrigues, 2015; Lola, Belete, Gebeyehu, Zerihun, Yimer & Leta, 2019).

A maior parte dos cuidadores principais de crianças com TDAH deste estudo eram mães biológicas, sendo que 70% não tinha emprego fixo e a sua ocupação era, 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 (Rowland, Skipper, Rabiner, Qeadan, Campbell, Naftel & Umbach, 2017; Cerrillo-Urbina, García-Hermoso, Martínez-Vizcaíno, Pardo-Guijarro, Ruiz-Hermosa & Sánchez-López, 2018). Segundo a pesquisa de caráter transversal conduzida por (Senol, Unalan, Akca, & Basturk, 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.

Em relação ao perfil cognitivo, as crianças com TDAH, assim como aquelas sem o transtorno, possuíram 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 (Li, Jiang, Du, & Rossbach, 2017; Büttow & Figueiredo, 2019).

Uma meta-análise 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). Desta forma, estudar a memória operacional é imperativo na avaliação neuropsicológica de crianças encaminhadas com TDAH ou impressões diagnósticas do transtorno.

No que diz respeito à percepção de competência, os resultados encontrados indicaram que o GE relatou elevadas percepções das suas capacidades tanto quanto o grupo controle, nos domínios motor, social, aparência física, comportamental e autoconceito geral. Esses achados corroboram com estudos que relatam que não foram encontradas diferenças nas autopercepções de crianças com e sem TDAH (Hoza, Pelham, Dobbs, Owens & Pillow, 2002; Hoza, Gerdes, Hinshaw, Arnold, Pelham, Molina & Wigal, 2004). No entanto, é importante ressaltar que as crianças diagnosticadas com TDAH pertencentes ao 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 (Harpin, Mazzone, Raynaud, Kahle & Hodgkins, 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. E ainda, quando o TDAH vem associado a ansiedade, depressão, problemas de comportamentos internalizantes, entre outras comorbidades, também resulta em maior probabilidade de baixa autoestima (Castagna, Calamia & Davis, 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 engaja-

mento para novos desafios e aprendizagem. Bem como compreender o processo de construção das percepções de competências e os fatores que as influenciam, e por elas são influenciados (Nobre, Bandeira, Ramalho, Nobre & Valentini, 2015).

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 de função cognitiva do indivíduo é uma variável importante nas mudanças na autopercepção de crianças e adolescentes ao longo do tempo. A descrição da ideia 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, Magnusson & El-Khoury, 2003).

O índice de compreensão verbal (ICV) foi o componente cognitivo que mais se relacionou tanto com as altas, como com 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 sociocognitiva (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. Logo, 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, Morgan & Doyle, 2011).

As crianças com dificuldades em qualquer domínio da linguagem e raciocínio verbal sofrem interferência significativa no funcionamento social, emocional e comportamental, e são mais propensas em desenvolver problemas de frustração e sofrimento crônico (Norbury, Gooch & Wray, 2016). Segundo (Islam, Poole, Schmidt, Ford, Saigal & Lieshout, 2018), isso leva a problemas

em domínios mais específicos da autoestima, como a competência escolar e social.

No GE, 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 (1999), à medida que as crianças desenvolvem, elas criam julgamentos de auto competência 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). Assim, 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.

Desta forma, os resultados deste estudo sugerem que as variáveis referentes ao perfil cognitivo e as percepções de competências encontram-se fortemente relacionadas em ambos os grupos e 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 reavaliação 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. 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

- 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. doi: 10.22456/1982-8918.2416
- Amin, S. A., Duquesnay, P. J., Wright, C. M., Chui, K., Economos, C. D., & Scheck, Jennifer M. (2018). The Association Between Perceived Athletic Competence and Physical Activity: Implications for Low-Income School-children. *Pediatric Exercise Science*, 1-8. doi: 10.1123/pes.2017-0242
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- 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. doi: 10.1016/j.ridd.2017.12.010
- Barre N, Morgan A, Doyle L.W. (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. doi: 10.1016/j.jpeds.2010.10.032
- Bergman, L.R., Magnusson, D., & El-Khoury B. (2003). *Studying individual development in an interindividual context: A person oriented approach*. Mahwah, NJ: Erlbaum Associates.
- Brinton, B., & Fujiki, M. (1993). Language, social skills, and socioemotional behavior. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 24, 194–198. doi: 10.1044/0161-1461.2404.194
- 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. doi: 10.1016/j.beth.2017.05.002
- 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. doi: 10.1186/s12887-018-1083-1
- 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.
- Dumas, J. E. (2011). *Psicopatologia da infância e da adolescência*. (3. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- 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.
- Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J. P., Kahle, J., & Hodgkins, P. (2013). Long-Term Outcomes of ADHD: A Systematic Review of Self-Esteem and Social Function. *Journal of Attention Disorders*, 20(4), 295–305. doi: 10.1177/1087054713486516
- Harter, S. (1999). *Developmental approaches to self processes*. New York: Guilford.
- Harter, S. (2012). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. (2ª ed.). New York: Guilford.
- 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. doi: 10.17575/rpsicol.v29i2.1031
- 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. doi: 10.1037//0021-843x.111.2.268
- 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. doi: 10.1037/0022-006x.72.3.382
- 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. doi: 10.1111/jcpp.12067
- 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. doi: 10.1177/1367493517739158
- 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. doi: 10.2147/NDT.S136477
- 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. doi: 10.1155/2019/1753580
- 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. *RevPsiquiatria RS*, 28(3):290-297. doi: 10.1590/S0101-81082006000300008
- 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. doi: 10.7322/jhgd.97673
- 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. doi: 10.1111/jcpp.12573
- 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. doi: 10.1080/08856257.2017.1300164
- O’Neill, S., Rajendran, K., Mahubani, S. M., & Halperin, J. M. (2017). Preschool Predictors of ADHD Symptoms and Impairment During Childhood and Adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19, 1-15. doi: 10.1007/s11920-017-0853-z
- 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. doi: 10.1080/13854046.2019.1604998
- 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. doi: 10.1111/jcpp.12775
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (11ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Senol, V., Unalan, D., Akca, R. P., & Basturk, M. (2017). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity and other disruptive behavior disorder symptoms among primary school-age children in Kayseri, Turkey. *Journal of International Medical Research*, 0(0), 1–13. doi: 10.1177/0300060517712865
- Valentini, N. C., Villwock, G., Vieira L. F., Vieira, J. L., & Barbosa, M. L. (2010). Validação brasileira da escala de autopercepção de harter para crianças. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 411-419. doi: 10.1590/S0102-79722010000300001
- 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.

Submetido em: 14-5-2022

Aceito em: 17-5-2022