



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Ansiedade e Autoconceito na Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura (PAE-DL)

Bruno Alexandre Tomás dos Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

VERSÃO DEFINITIVA APÓS DEFESA

Orientador: Professor Doutor Paulo Rodrigues
Co-orientador: Professor Doutor Luis Maia
Co-orientador: Professora Doutora Fátima Simões

Covilhã, julho de 2017

Dedicatória

Dedico esta dissertação à minha família.

Dedico também, à minha companheira, por todos os momentos de confiança, paciência, incentivo, amizade, carinho, companheirismo, cumplicidade e amor.

Sem o apoio de todos, este trabalho não seria possível.

“Estranho é o amor que me corre nas veias
Estanha é a paixão que sinto
Vocês, a quem dedico esta dissertação
Nunca se esqueçam, terão para sempre o meu respeito”
(Bruno Santos)

Agradecimentos

Agradeço ao Prof. Doutor Paulo Rodrigues pela excelente orientação e por todo o tempo despendido em prol da mesma, mesmo em períodos que não faziam parte da sua orientação. Agradeço também aos restantes co-orientadores, Prof. Doutor Luis Maia e Prof^a Dr^a Fátima Simões pelas sugestões de melhoria da dissertação.

Agradeço também a todos aqueles que despenderam um pouco do seu tempo para responderem ao questionário que permitiu a elaboração da investigação.

Resumo

A presente investigação propôs-se a estudar os níveis de ansiedade e autoconceito numa amostra composta por adultos com e sem PAE-DL. Várias são as investigações sobre a ansiedade na PAE-DL, sendo que, para alguns autores, é o sintoma emocional mais relatado em adultos com a presente perturbação. Não obstante, na investigação são também observadas avaliações de autoconceito menos positivas nos indivíduos com PAE-DL, quando comparados com grupos normativos. Os resultados obtidos no presente estudo apontam para diferenças estatisticamente significativas no autoconceito geral e na autoeficácia entre o grupo dos diagnosticados e não diagnosticados. Para além do mencionado, foram também registadas diferenças estatisticamente significativas na ansiedade entre os grupos. O presente trabalho vai ao encontro da maioria da investigação tratada. Pode-se concluir que a ansiedade e ao autoconceito são duas variáveis que estão associadas à PAE-DL, podendo as mesmas resultarem num prejuízo académico, pessoal e profissional.

Palavras-chave

PAE-DL, Ansiedade, Autoconceito.

Abstract

This investigation aims to study the self-concept and anxiety levels in a sample composed of adults with and without SLD-IR. There are several investigations regarding anxiety in SLD-IR and some authors argue that this is the most reported emotional symptom in adults that suffer from this pathology. Despite this, some studies have shown that, when compared with normative groups, adults with SLD-IR report less positive evaluations of their self-concept. The results of this investigation shown that there are statistically significant differences in self-efficacy, general self-concept, and anxiety between the group composed of adults suffering from this pathology and the normative group. These results support most of the investigation in this field, allowing us to claim that anxiety and self-concept are two variables associated with SLD-IR, which may result in a personal, academic and professional prejudice.

Keywords

SLD-IR, Anxiety, Self-Concept.

Índice

Capítulo 1	1
1 Introdução	1
Capítulo 2	5
2 Enquadramento Teórico	5
2.1 História da PAE-DL	5
2.2 Definições de PAE-DL	5
2.3 Teorias explicativas da PAE-DL	7
2.4 Tipos de PAE-DL	8
2.5 Resumo das características da PAE-DL consensuais entre os especialistas	11
2.6 Prevalência da PAE-DL	11
2.7 Comorbilidades da PAE-DL	12
2.8 Neuroimagem e suas implicações na PAE-DL	13
2.9 Causas da PAE-DL	14
2.10 Indicadores de PAE-DL	15
2.11 Indicadores de PAE-DL em adultos	16
2.12 PAE-DL em adultos	17
2.13 Ansiedade e Autoconceito na PAE-DL	18
Capítulo 3	25
3 Investigação	25
3.1 Metodologia	25
3.2 Resultados	28
3.3 Teste de Hipóteses	30
3.4 Discussão	35
3.5 Limitações	38
3.6 Conclusão	39
4 Bibliografia	41
5 Anexos	55

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Classificação das PAE-DL centrais e periféricas.....	8
Tabela 2 - Tipos de PAE-DL - Disfonética, Diseidética e Mistos.....	10
Tabela 3 - Resumo das características da PAE-DL consensuais entre os especialistas	11
Tabela 4 - Tabela Resumo da Prevalência da PAE-DL	11
Tabela 5 - Prevalência por género da PAE-DL	12
Tabela 6 - Sinais de PAE-DL em crianças.....	15
Tabela 7 - Indicadores de PAE-DL em adultos	16
Tabela 8 - Fatores associados à PAE-DL	17
Tabela 9 - Valor alfa-cronbach ICAC	28
Tabela 10 - Valor de alfa-cronbach STAY	28
Tabela 11 - Pressupostos ICAC Fatores	29
Tabela 12 - Pressupostos STAY Fatores.....	30
Tabela 13 - Teste de Comparação de médias entre Ansiedade e PAE-DL.....	30
Tabela 14 - Teste de Comparação de médias entre Autoconceito (Fator 1) e PAE-DL.....	31
Tabela 15 - Teste de Comparação de médias entre Autoconceito (Fator 2) e PAE-DL.....	31
Tabela 16 - Teste de Comparação de médias entre Autoconceito (Fator 3) e PAE-DL.....	31
Tabela 17 - Teste de Comparação de médias entre Autoconceito (Fator 4) e PAE-DL.....	32
Tabela 18 - Teste de Comparação de médias entre Autoconceito (Total) e PAE-DL	32
Tabela 19 - Teste de Comparação de médias entre Adultos com PAE-DL e Ansiedade e Autoconceito	32
Tabela 20 - Teste de Comparação de médias entre Escolaridade e Ansiedade	33
Tabela 21 - Teste de Comparação de médias entre Escolaridade e Autoconceito	33
Tabela 22 - Teste de Comparação de médias entre Escolaridade, Ansiedade e Autoconceito	34
Tabela 23 - Teste de Comparação de médias entre Idade e Ansiedade.....	34
Tabela 24 - Teste de Comparação de médias entre Idade e Autoconceito	35
Tabela 25 - Tabela Parâmetro da normalidade (assimetria e curtose) STAY Fatores	55
Tabela 26 - Tabela Parâmetro da normalidade (assimetria e curtose) ICAC Fatores	55
Tabela 27 - Tabela Normalidade Hipótese 1.....	55
Tabela 28 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 1	56
Tabela 29 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 1.....	56
Tabela 30 - Tabela t-student Hipótese 1 STAY.....	57
Tabela 31 - Tabela Normalidade Hipótese 2 (Fator 1)	57
Tabela 32 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 2 (Fator 1)	57
Tabela 33 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 2 (Fator 1)	58
Tabela 34 - Tabela t-student Hipótese 2 (Fator 1) ICAC.....	58

Tabela 35 - Tabela Normalidade Hipótese 2 (Fator 2)	59
Tabela 36 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 2 (Fator 2)	59
Tabela 37 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 2 (Fator 2)	60
Tabela 38 - Tabela t-student Hipótese 2 (Fator 2) ICAC.....	60
Tabela 39 - Tabela Normalidade Hipótese 2 (Fator 3)	61
Tabela 40 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 2 (Fator 3)	61
Tabela 41 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 2 (Fator 3)	62
Tabela 42 - Tabela t-student Hipótese 2 (Fator 3) ICAC.....	62
Tabela 43 - Tabela Normalidade Hipótese 2 (Fator 4)	62
Tabela 44 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 2 (Fator 4)	63
Tabela 45 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 2 (Fator 4)	64
Tabela 46 - Tabela t-student Hipótese 2 (Fator 4) ICAC.....	64
Tabela 47 - Tabela Normalidade Hipótese 2 (Total)	64
Tabela 48 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 2 (Total)	65
Tabela 49 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 2 (Total)	65
Tabela 50 - Tabela t-student Hipótese 2 (Total) ICAC	66
Tabela 51 - Tabela Normalidade Hipótese 3.....	66
Tabela 52 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 3	66
Tabela 53 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 3.....	67
Tabela 54 - Tabela t-student Hipótese 3.....	67
Tabela 55 - Tabela Normalidade Hipótese 4.....	68
Tabela 56 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 4 (STAY)	68
Tabela 57 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 4 (ICAC).....	70
Tabela 58 - Tabela Report Hipótese 4 (STAY)	72
Tabela 59 - Tabela Report Hipótese 4 (ICAC)	72
Tabela 60 - Tabela Anova Hipótese 4 STAY.....	72
Tabela 61 - Tabela Anova Hipótese 4 ICAC	72
Tabela 62 - Tabela Normalidade Hipótese 5.....	73
Tabela 63 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 5.....	73
Tabela 64 - Tabela Tests of between-subjects effects Hipótese 5.....	74
Tabela 65 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 5.....	74
Tabela 66 - Tabela Mancova Hipótese 5.....	75
Tabela 67 - Tabela Normalidade Hipótese 6 (STAY).....	75
Tabela 68 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 6 (STAY)	75
Tabela 69 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 6 (STAY).....	76
Tabela 70 - Tabela Normalidade Hipótese 6 (ICAC)	76
Tabela 71 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 6 (ICAC).....	77
Tabela 72 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 6 (ICAC)	77
Tabela 73 - Tabela t-student Hipótese 6 STAY	78
Tabela 74 - Tabela t-student Hipótese 6 ICAC	78

Lista de Acrónimos

UBI	Universidade da Beira Interior
PAE-DL	Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura
DSM 5	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 5ª Versão
QI	Coeficiente de Inteligência
ICAC	Inventário Clínico de Auto-Conceito
STAI	Inventário Estado-Traço de Ansiedade
SLD-IR	Specific Learning Disorder with Impairment in Reading

Capítulo 1

1 Introdução

O presente trabalho tem como objetivo aprofundar um tema a explorar no nosso contexto social. Apesar de existir muita literatura e investigação na área com crianças, em Portugal, nada ou quase nada existe sobre o tema da Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura na idade adulta. Neste sentido, pretende-se explorar variáveis psicológicas importantes no desenvolvimento pessoal, emocional e interpessoal de cada indivíduo, nomeadamente, o autoconceito e a ansiedade.

A leitura é um esforço principalmente humano (Eden & Zeffiro, 1998) que nos distingue dos outros animais (Manier, 2006). O aprender a ler, seja em que língua for, requer em primeiro lugar a compreensão que os sistemas de escrita representam unidades da linguagem falada (Perfetti, 2003). A aprendizagem ocorre na interação entre fatores genéticos, biológicos, orgânicos e ambientais (Kaefer, 2006 cit in Cruz-Rodrigues, Barbosa, Toledo-Piza, Miranda & Bueno, 2014).

Atualmente acredita-se existir uma relação forte entre as dificuldades de aprendizagem e uma história prévia de atraso na aquisição da linguagem (Schirmer, Fontoura & Nunes, 2004). Os problemas de aprendizagem podem dividir-se em duas partes, os de natureza psicossocial e os de natureza biológica (Soares et al., 2013).

O ser humano no seu processo de aprendizagem da linguagem, passa, geralmente, por três fases: a logográfica, a alfabética e a ortográfica. A primeira diz respeito aos processos idiossincráticos no reconhecimento de palavras, na segunda existe a análise dos grafemas e dos componentes fonológicos, e, por último, na terceira fase, existe a análise dos morfemas e do léxico (Capovilla, 2007 cit in Nogueira, 2014).

O saber ler e escrever são dois alicerces que auxiliam a progressão académica de qualquer sujeito (Pinheiro & Guimarães, 2010 cit in Campos, Pinheiro & Guimarães, 2012) e possibilita uma melhor inserção social e maiores possibilidades no mercado de trabalho (Menezes, Chaves & Silva, 2015). Neste sentido, uma fraca alfabetização pode apresentar um conjunto de consequências negativas para o indivíduo na sociedade (Leather, Hogh, Seiss, & Everatt, 2011).

A escrita é um código com sons individuais (Pennington, 1997 cit in Sacchetto, 2012), um método de comunicação e uma invenção do ser humano que apareceu depois da capacidade

de linguagem oral ter sido adquirida. A invenção da escrita marcou, de forma significativa, a civilização pois permitia registar o que era falado e podia recordar-se sempre que necessário. A leitura é uma interpretação da escrita, que consiste na tradução dos símbolos escritos em fala (Sacchetto, 2012).

O encéfalo é constituído por milhões de neurónios que comunicam entre si através de ligações eletroquímicas. O cérebro divide-se em dois hemisférios, o esquerdo e o direito que estão ligados entre si pelo “*Corpus Callosum*”. Na maioria das pessoas, o hemisfério esquerdo é o responsável pela perceção e produção da linguagem. No que concerne ao direito, é o responsável pela informação visuoespacial (Gama, 2013). O córtex cerebral ainda se divide em quatro zonas, são elas, o lobo frontal, parietal, temporal e occipital (Gama, 2013). Dentro desta estrutura anatomofuncional estão inseridos inúmeros sistemas e subsistemas que atuam em série e em paralelo (Castaño, 2003).

A linguagem é uma função cortical superior. O seu desenvolvimento assenta numa estrutura geneticamente determinada e em estímulos verbais que são obtidos através do meio ambiente (Castaño, 2003). O processo de aprendizagem está localizado nas modificações estruturais e funcionais dos neurónios e das suas conexões. Na imensidão de funções que o cérebro executa, segundo Gama (2013), a leitura é aquela em que a organização cerebral atinge o seu expoente máximo de complexidade. A aprendizagem da leitura exige a conversão de símbolos gráficos (grafemas) nos sons (fonemas) correspondentes sendo requerido um adequado funcionamento de diversos sintomas neurocognitivos e a ativação de diferentes regiões cerebrais (Moura, 2014).

O processo de leitura não é algo simples, mas sim complexo, com etapas hierarquizadas, que dependem de habilidades como a linguagem oral, memória, atenção, coordenação visual e manual (Guimarães, 2005 cit in Campos, Pinheiro & Guimarães, 2012). Sendo um processo complexo, existem fatores que podem interferir de forma significativa na aprendizagem no início da alfabetização. Alguns exemplos são as razões físicas, culturais, sociais, económicas, pedagógicas e/ou emocionais (Navas, 2011 cit in Montanari, 2015).

Do ponto de vista emocional, a autoestima é um dos campos em que o indivíduo com PAE-DL fica afetado (Silva, 2012), condicionando o seu comportamento e a relação com os outros (Shessel & Reiff, 1999). Silva (2012) refere ainda que os valores médios apresentados por crianças com a perturbação são mais baixos na autoestima global comparados com crianças sem perturbação. Frank (2003 cit in Bonini, Mari, Anjos, Joveliano & Teixeira, 2010) menciona também que a PAE-DL é algo que transcende apenas a leitura, uma vez que se estende há escrita, memória, entre outros, reforçando ainda mais esta ideia. Wilson e colaboradores (2015) num estudo realizado com adultos com PAE-DL mostrou que estes apresentavam deficits na nomeação rápida e na memória a curto prazo. Posto isto, podemos afirmar que

estes sujeitos apresentam dificuldades em uma ou mais áreas de desempenho acadêmico que muitas vezes estão relacionados com problemas sociais e emocionais (Reiff & Gerber, 1990). Carroll & Iles (2006) também observaram que estudantes universitários com PAE-DL apresentavam maiores níveis de ansiedade do que os seus grupos de pares sem a perturbação.

Dada à quantidade de sinais apresentados pelos sujeitos, a PAE-DL não deverá ser vista apenas como uma perturbação da leitura. Os autores sugerem, também, que devido aos problemas no reconhecimento de palavras a existência de um deficit cognitivo mais geral (Kahta & Schiff, 2016). Nelson, Lindstrom & Foels (2015) num estudo que conduziram sobre ansiedade face aos testes observaram que os sujeitos com PAE-DL apresentavam níveis de ansiedade mais elevados que os restantes.

A PAE-DL caracteriza-se pela dificuldade desproporcional por parte de quem está a aprender em sistematizar a relação entre o fonema e o grafema (Dehaene, 2012). Os sujeitos com a perturbação apresentam combinações lentas na agregação de letras aos sons (Joubert et al., 2004).

Capítulo 2

2 Enquadramento Teórico

2.1 História da PAE-DL

A perturbação é estudada à cerca de 150 anos (Moura, 2014) com a sua primeira descrição clínica em 1877 pelo autor Adolph Kussmaul com a nomenclatura “*Word Blindness*” (Moura, 2014). Apenas dez anos mais tarde surge pela primeira vez termo dislexia pelo médico oftalmologista Rudolf Berlin em 1887 (Alnaim, 2016). A primeira vez que esta patologia foi relatada data a 1896 por Pringle Morgan, num artigo intitulado “*A case of Congenital Word Blindness*” (Pringle-Morgan, 1896), onde o mesmo narra o caso clínico de um jovem de 14 anos chamado Percy (Massi & Santana, 2011). O rapaz apesar da incapacidade imensa no que diz respeito à linguagem, era bastante inteligente. (Pringle-Morgan, 1896; Moura, 2014). Outra importante figura da história das dificuldades de aprendizagem chama-se Marion Monroe que focou o seu trabalho na avaliação desta perturbação (Alnaim, 2016). A autora cria o conceito “*The Diference Between Actual and Expected Achievement*” (Monroe, 1932) de forma a reconhecer estudantes com estas dificuldades. Por último, realçar Kirk (1962) que foi o primeiro a definir formalmente o termo “*Learning Disabilities*” apesar que o mesmo já ser empregue por outros autores.

Neste sentido, Orton (1925) entende que as dificuldades que o indivíduo, com a perturbação, apresenta decorrem de uma falha no desenvolvimento da dominância hemisférica cerebral e propõem o termo “estrefossimbolia” (simbolização distorcida) pretendendo substituir o termo anteriormente apresentado por “Cegueira verbal congénita”, uma vez que, para o mesmo, a PAE-DL trata-se de uma anomalia de predomínio hemisférico e não de lesão cerebral focal (Massi & Santana, 2011).

2.2 Definições de PAE-DL

Considera-se a PAE-DL como uma “família de dificuldades” que varia de pessoa para pessoa dentro de um padrão reconhecível (Jameson, 2007) e que persiste até à idade adulta (Gerber et al., 1990; Tamboer, Vorst & Oort, 2014). Normalmente é diagnosticada na infância (Walker, 2014) e apresenta uma etiologia heterogénea (Mascheretti, Bureau, Trezzi, Gioda & Marino, 2015) cuja sua categorização correta tem historicamente eludido cientistas e profissionais de diversas áreas do conhecimento (Nelson, 2015).

Esta perturbação apresenta-se sob a forma de trocas na leitura e na escrita, omissões, junções e aglutinações de grafemas (Massi, 2007). Para além do referido, caracteriza-se

também pela confusão entre letras de formas vizinhas, confusão entre letras relacionadas a produções fonéticas semelhantes, omissão de letras e/ou sílabas, pela união de uma ou mais palavras e divisões inadequadas de vocábulos (Tunmer & Greaney, 2010).

Anteriormente a PAE-DL era denominada de dislexia. Do grego “dis” que significa “dificuldade, perturbação” e o elemento grego de composição “lexia” que remete para leitura (Richardson, 1992)

Segundo Lyon, Shaywitz & Shaywitz (2003, pág 2) a PAE-DL “*é uma incapacidade específica de aprendizagem, de origem neurobiológica. É caracterizada por dificuldades na correção e/ou fluência na leitura de palavras e por baixa competência leitora e ortográfica. Estas dificuldades resultam de um déficit fonológico, inesperado, em relação às outras capacidades cognitivas e às condições educativas. Secundariamente, podem surgir dificuldades de compreensão da leitura, experiência de leitura reduzida que pode impedir o desenvolvimento do vocabulário e dos conhecimentos gerais*” e portanto esta patologia é definida como uma dificuldade específica da aprendizagem que se apresenta por dificuldades em aprender a ler e escrever, apesar da capacidade cognitiva adequada, motivação, acesso à instrução e mecanismos periféricos intactos, de origem neurológica, onde existem dificuldades na fluência correta da leitura, decodificação e soletração, resultante de um déficit fonológico da linguagem (Lyon, Shaywitz & Shaywitz, 2003).

Para além disto, também se caracteriza pela interferência no rendimento escolar, estando este abaixo do esperado para a idade cronológica e do potencial intelectual da criança (Faraone, 2003).

A Sociedade Britânica de Psicologia (1999) refere também que estas dificuldades se apresentam de forma mais evidente quando a leitura precisa e fluente e/ou ortografia se desenvolve parcialmente ou com grandes dificuldades (Leather, Hogh, Seiss & Everatt, 2011).

Segundo o DSM 5, é uma perturbação neurodesenvolvimental de origem biológica, sendo esta a base das irregularidades a nível cognitivo, estando estas associadas a manifestações comportamentais (American Psychiatric Association, 2014).

Em Portugal, O Portal da Dislexia (n.d., Para. 1), menciona que é uma “*Perturbação da Aprendizagem Específica etiológicamente associada a alterações neurodesenvolvimentais (neurobiológicas e neuropsicológicas)*”.

Com base em todas as definições apresentadas, a dislexia agora PAE-DL para a grande maioria dos autores é um termo usado que descreve as dificuldades de aprendizagem que envolvem a

leitura e a escrita e que se apresenta com origem neurobiológica e genética (Ramus et al., 2003).

2.3 Teorias explicativas da PAE-DL

Não existe apenas uma classificação para a PAE-DL. Esta distinção pode ser feita dependendo da abordagem do profissional e dos testes usados para o diagnóstico (testes fonoaudiológicos, pedagógicos, psicológicos e neurológicos), com bases teóricas distintas. Eissa (2010) apresenta cinco propostas de explicação da perturbação. São elas a hipótese do deficit fonológico, a teoria do deficit de processamento auditivo, a teoria do deficit de processamento visual, o deficit de atenção e a teoria do cerebelo/automatização.

Uma das mais recentes explicações para a PAE-DL tem como fator etiológico a dificuldade na consciência fonológica (Massi & Santana, 2011). Para a teoria do déficit fonológico, a PAE-DL surge do déficit no sistema de processamento fonológico, causado por uma disrupção no sistema nervoso central, ao nível do processamento fonológico (Zeffiro & Eden, 2000). A consciência fonológica é uma capacidade que permite ao indivíduo perceber que a fala pode ser fracionada e que os seus segmentos podem ser trabalhados. Esta consciência desenvolve-se de um nível mais global para o mais específico, o fonema. Numa criança, quando existe a compreensão de que as palavras são formadas por fonemas e esta adquire a habilidade de manipulá-los, segmentá-los ou trocá-los, explorando as diversas possibilidades existentes, é indicativo de que esta adquiriu consciência fonológica (Chard & Dickson, 1999 cit in Sacchetto, 2012).

Em estudos realizados por Bruck (1992) em adultos com PAE-DL com elevados níveis de reconhecimento de palavras, os deficits na consciência fonológica estão presentes de igual forma. Atualmente há evidências significativas de que a consciência fonológica seja um preditor de alfabetização (Torppa, Lyytinen, Erskine, Eklund & Lyytinen, 2010; Landgraf et al., 2012). Neste sentido, programas que estimulem a atividade fonológica dos indivíduos tem maior probabilidade de êxito na aquisição de leitura e escrita (Santos & Maluf, 2010). Num estudo realizado por Melo & Correa (2013) os autores corroboram que existe uma contribuição por parte da consciência fonológica para o desenvolvimento da capacidade de leitura e escrita em jovens e adultos. Outros estudos referem que a consciência fonológica não se desenvolve com a idade cronológica ou com o nível de leitura (Miller-Shaul, 2005), portanto, os deficits nesta área persistem na idade adulta (Law, Wouters, & Ghesquière, 2015), isto pode ser observado nas estratégias compensatórias que os adultos com PAE-DL efetuam para minimizar as dificuldades na leitura (Law, Wouters, & Ghesquière, 2015) permitindo uma aparente minimização das dificuldades subjacentes à perturbação (Leather, Hogh, Seiss, & Everatt, 2011). A PAE-DL neste caso seria uma perturbação específica da aprendizagem caracterizada pela dificuldade em decodificar palavras isoladas (Massi & Santana, 2011).

Já para a teoria do deficit de processamento auditivo tem como pressuposto que os indivíduos com PAE-DL apresentam um deficit no processamento auditivo rápido. Posto isto, não existe a construção da representação fonológica adequada resultando num prejuízo fonológico (Tallal, 1980).

No que diz respeito há teoria do deficit de processamento visual, esta pressupõe que existe uma lacuna do sistema magnocelular no cérebro (Stein & Walsh, 1997). Segundo Eissa (2010), este é o sistema responsável pelo processamento de estímulos visuais que se movem rapidamente, ou seja, existe um défice específico na transferência das informações sensoriais dos olhos para as áreas primárias do córtex cerebral (Lundberg, Tonnessen & Austad, 1999 cit in Teles, 2004). O resultado disto é uma representação visual desfocada das letras (Eissa, 2010).

Uma outra hipótese é o deficit de atenção que interfere de forma significativa na codificação de uma sequência de letras e formas de palavras visuais (Facoetti et al., 2003).

Por último, a teoria do défice de automatização defende que a PAE-DL se caracteriza por um défice generalizado na capacidade de automatização advindo da incapacidade do cerebelo o realizar (Nicolson & Fawcett, 2005).

2.4 Tipos de PAE-DL

A dislexia pode ser dividida em dois tipos: a central e a periférica (Schirmer, Fontoura, & Nunes, 2004). A primeira diz respeito ao comprometimento do processamento linguístico dos estímulos. O periférico diz respeito ao comprometimento do sistema de análise visuo-perceptiva para a leitura, como consequência, prejudicando a compressão do material que se está a ler. É de salientar que dentro das dislexias centrais encontramos a fonológica, a de superfície e a profunda (Schirmer, Fontoura, & Nunes, 2004).

Inserido no campo da dislexia central, podemos encontrar a fonológica, a de superfície e a profunda. Na dislexia periférica estão inseridas a atencional, por negligência e a literal (pura) (Schirmer, Fontoura, & Nunes, 2004).

De seguida apresenta-se um quadro com a classificação das dislexias centrais e periféricas:

Tabela 1 - Classificação das PAE-DL centrais e periféricas

Tipo	Dislexias	Características Clínicas	Características neuroanatômicas
Central	Dislexia fonológica	Incapacidade de decodificação fonológica.	Sabe-se muito pouco sobre as áreas neuroanatômicas

		Prejuízos na via de conversão grafema-fonema. Dificuldades em tarefas de memória fonológica. Desempenho muito fraco na leitura de estímulos não familiares e pseudopalavras (palavras não reais).	essências para o funcionamento adequado do processamento perilexical, não havendo evidências de disfunções neuroanatômicas específicas.
	Dislexia de superfície	Comprometimento da via lexical. Os estímulos são lidos através do processo fonológico (ex.: “tóxico” é lido “tóchico”), havendo uma incapacidade no tratamento ortográfico da informação.	Evidências de disfunção na região temporal média e póstero-superior do hemisfério esquerdo.
	Dislexia profunda	Bloqueio na via não-lexical. Ausência de leitura de não-palavras. Maior facilidade para leitura de palavras concretas e frequentes.	Alguns autores relatam a ocorrência de lesões múltiplas no hemisfério esquerdo, e outros sugerem que existem habilidades de leitura residuais no hemisfério direito devido à extensa lesão em hemisfério dominante.
Periférica	Dislexia atencional	Preservação da leitura de palavras isoladas. Dificuldades na leitura de vários itens quando apresentados simultaneamente.	Lesões no lobo parietal esquerdo.
	Dislexia por negligência	Dificuldades na leitura no campo visual do lado contralateral ao da lesão cerebral.	Lesão na região da artéria cerebral média do hemisfério direito envolvendo lobos frontal, temporal e parietal.
	Dislexia literal (pura)	Leitura letra por letra preservada.	Lesões occipitais inferiores extensas à esquerda.

(adaptado de Schirmer, Fontoura, & Nunes, 2004)

Não obstante, outros autores dividem a dislexia em dois tipos: a dislexia adquirida e a dislexia desenvolvimental (Bogdanowicz, Lockiewicz, Bogdanowicz & Pachalska, 2014).

A dislexia de desenvolvimento é uma perturbação heterogênea (Peterson & Pennington, 2012). Esta perturbação apresenta uma dificuldade de aprendizagem específica que tem origem neurobiológica observada na precisão/fluência na leitura de palavras e uma fraca competência ortográfica (Fletcher, 2009). Sacchetto (2012) caracteriza a dislexia do desenvolvimento por dificuldades na leitura e escrita, decodificação e codificação, consequência de deficits fonológicos.

No que concerne há dislexia adquirida é aquela que ocorre como consequência de uma lesão ou trauma, ou seja, o indivíduo já tinha adquirido as competências subjacentes a ler e a escrever e acaba por perde-las (Cruz, 2007).

Boder (1973) distingue três tipos de disléxicos, são eles, disfonéticos, diseidéticos e mistos. A distinção entre eles tem por base os tipos de erros que os sujeitos apresentavam.

Tabela 2 - Tipos de PAE-DL - Disfonética, Diseidética e Mistos

Dislexia		
Disfonética ou Fonológica	Diseidética ou Superficial	Mistos
<p>Remete para a dificuldade apresentada pelo sujeito no processamento e interpretação da informação ouvida, ocorrendo perturbações do estímulo auditivo até ao córtex auditivo (Pinto, 2013).</p> <p>São aqueles que leem bem as palavras que lhes são familiares, memorizam visualmente, mas quando são colocadas palavras não familiares, não conseguem ler nem escrever (Pinto, 2013).</p>	<p>Relaciona-se com o percurso do estímulo visual até ao córtex visual, com origem na forma como o cérebro processa e interpreta esse estímulo (Pinto, 2013).</p> <p>Os diseidéticos apresentam leitura lenta, trabalhosa, mas correta, onde existe a utilização da decodificação fonética (Pinto, 2013).</p>	<p>É a reunião dos dois tipos anteriores, apresentando também confusões ao nível espacial (Pestun, Ciasca & Gonçalves, 2002).</p> <p>Este tipo de dislexia é referido como o mais difícil para a intervenção terapêutica (Pinto, 2013).</p>

(adaptado de Bolder, 1993)

2.5 Resumo das características da PAE-DL consensuais entre os especialistas

A leitura e a escrita englobam um conjunto de aptidões cognitivas complexas, assim como a capacidade de reflexão sobre a linguagem, os aspetos fonológicos, sintáticos, semânticos e pragmáticos (Schirmer, Fontoura & Nunes, 2004).

Segundo Moojen, Bassôa & Gonçalves (2016) as seguintes afirmações apresentadas são aquelas que apresentam um maior consenso entre os especialistas.

Tabela 3 - Resumo das características da PAE-DL consensuais entre os especialistas

- É uma perturbação específica e inesperada de linguagem que afeta as habilidades nucleares da leitura;
- Possui forte tendência genética, sendo a história familiar considerada um fator de risco;
- É de origem neurobiológica, associado a diferenças funcionais no hemisfério esquerdo;
- Supõe, como deficit primário, inabilidades do processamento fonológico;
- É uma condição crónica que persiste até a vida adulta, podendo ter atenuações pelo desenvolvimento de estratégias compensatórias ou evoluir para abandono da escola e/ou perturbações comportamentais;
- Ocorre em sujeitos que têm visão e audição normal ou corrigida e que não são portadores de problemas psiquiátricos ou neurológicos graves que possam justificar por si só as dificuldades;
- Envolve deficits na memória fonológica que limitam a capacidade de registar, armazenar e evocar informações verbais.

(adaptado de Moojen, Bassôa & Gonçalves, 2016)

2.6 Prevalência da PAE-DL

Vários são os artigos que abordam o tema da prevalência na PAE-DL. No entanto não existe um consenso em relação à percentagem de prevalência da perturbação. É perceptível na seguinte tabela que a prevalência varia de 3 a 18%, sendo que a média global dos autores citados aponta para 9% de prevalência da PAE-DL.

Tabela 4 - Tabela Resumo da Prevalência da PAE-DL

Tabela Resumo		
Prevalência	5% a 15%	Eden & Zeffiro, 1998
Prevalência	2% a 7%	Snowling, 2000
Prevalência	5%	Ramus, 2003
Prevalência	5% a 10%	Vellutino, Fletcher, Snowling & Scanlon, 2004
Prevalência	15%	Massi, 2007

Prevalência	6% a 17%	Fletcher, Lyon, Fuchs & Barnes, 2007
Prevalência	3% a 15%	Moll & Landerl (2009)
Prevalência	5.44 % a 8.6%	Vale, Sucena & Viana, 2011
Prevalência	5% a 17.5%	Ribeiro, Barros & Chamon, 2012
Prevalência	5% a 15%	APA, 2014
Prevalência	3% a 18%	Tamboer, Vorst & Oort, 2014

No que diz respeito à prevalência por género, é possível ser observado na seguinte tabela que existe um consenso em relação ao género. Parece também existir unanimidade em relação à prevalência sendo que dos autores citados, a prevalência média aponta para 4:1 rapazes para uma rapariga, à excepção do estudo realizado em Portugal por Vale, Sucena & Viana (2011).

Tabela 5 - Prevalência por género da PAE-DL

Prevalência por Género	4:1 rapazes para uma rapariga	Liederman, Kantrowitz & Flannery, 2005
Prevalência por Género	4:1 rapazes para uma rapariga	Ferreira, 2005 cit in Bonini, Mari, Anjos, Joveliano & Teixeira, 2010
Prevalência por Género	1.5:1 rapazes para uma rapariga	Vale, Sucena & Viana, 2011
Prevalência por Género	4:1 rapazes para uma rapariga	Ebere, 2016

2.7 Comorbilidades da PAE-DL

Existem inúmeras comorbilidades que podem estar associadas à PAE-DL, entre elas, perturbação da hiperatividade com défice de atenção, discalculia, perturbação do comportamento, perturbação do humor, baixa autoestima, perturbação de oposição (Teles, 2004).

Segundo Willcutt, Pennington, Olson & Defries (2007) a percentagem de comorbilidade varia entre 25 a 40% em sujeitos com perturbação da leitura e perturbação de atenção/hiperatividade.

Num estudo realizado por Lima (2011) com crianças com e sem PAE-DL o autor conclui que o diagnóstico tardio da perturbação aciona uma porta para que as crianças fiquem mais vulneráveis a desenvolverem sintomatologia depressiva e um maior risco de existir perturbação psicológica na idade adulta.

2.8 Neuroimagem e suas implicações na PAE-DL

Atualmente para o estudo da PAE-DL são utilizadas como técnicas principais de neuroimagem a tomografia por emissão de positrões, a ressonância magnética funcional (Lozano, Ramírez & Ostrosky-Solís, 2003; Shaywitz, Mody & Shaywitz, 2006), a magnetoencefalografia e os potenciais evocados (Lozano, Ramírez & Ostrosky-Solís, 2003). Contudo, como em qualquer técnica, cada uma isoladamente apresenta limitações. Neste sentido, quando usadas em conjunto permitem fornecer uma imagem mais clara das sequências temporais e dos padrões de ativação cerebral que ocorrem durante os processos de leitura (Berninger & Richards, 2002).

A base neurobiológica desta perturbação tem por base as evidências encontradas através destas técnicas, sendo que investigadores encontraram diferenças nas regiões parieto-temporo-occipital entre sujeitos com e sem PAE-DL (Lyan, Shaywitz & Shaywitz, 2003). Sally & colaboradores em 1998 identificam através de neuroimagem três áreas no hemisfério esquerdo que estão implicadas na leitura. São elas, o giro inferior frontal, a área parietal-temporal e a área occipital-temporal (Shaywitz, 2003 cit in Teles, 2004).

Com estes meios complementares de diagnóstico é possível observar que existem diferenças no funcionamento cerebral, no que diz respeito às áreas que envolvem o processamento da linguagem nas crianças que apresentam problemas de leitura e escrita (Zorzi & Ciasca, 2009). Em adultos, existem estudos de neuroimagem que foram realizados com sujeitos que padeciam desta perturbação, foi possível observar que o perfil neuropsicológico era muito semelhante entre os mesmos. Os indivíduos apresentam disfunção cerebral em regiões perisilvianas do hemisfério esquerdo nas tarefas onde o processamento fonológico era requerido. Esta disfunção revela-se por haver uma redução da ativação desta região na PAE-DL, o que não ocorre em sujeitos sem a perturbação. Como consequência desta menor ativação no hemisfério esquerdo, talvez como forma compensatória, existe uma maior ativação nessa mesma região no hemisfério direito e em áreas do córtex pré-frontal nos indivíduos com PAE-DL (Eden & Zeffiro, 1998).

Estudos de neuroimagem funcional têm demonstrado que os indivíduos com a perturbação, durante o processo de decodificação de leitura, apresentam menor atividade na região parietal-temporal e na região occipital-temporal do hemisfério esquerdo (Shaywitz, Lyon & Shaywitz, 2006). Posto isto, sabe-se que apesar de não existirem lesões no encéfalo, o que é observado é uma estrutura anatômica e um funcionamento diferente dos sujeitos que não apresentam esta perturbação (Cruz, 2009). No estudo levado a cabo por Galaburda & Geschwind (1980) os autores observaram que o tamanho dos hemisférios cerebrais dos sujeitos com PAE-DL tendiam a ser semelhantes, o que não ocorre na população em geral, onde existe uma tendência para o hemisfério esquerdo ser mais volumoso.

Com base no anteriormente referido, um leitor que já tenha adquirido as competências necessárias para a leitura vai utilizar um percurso rápido quando está a ler, observando-se maior ativação na zona posterior do cérebro, da região occipital-temporal e da região parietal-temporal. O que se observa num sujeito com perturbação é um percurso mais lento, próprio de um aprendiz, com falhas nos circuitos neuronais que ativam a parte posterior do cérebro e sobreativando a área de Broca, na parte anterior do cérebro (Shaywitz, 2008). O indivíduo com PAE-DL apresenta desta forma um sistema que não permite a leitura de forma automática. Assim, existe uma adaptação por parte do cérebro através de caminhos secundários que se situam na parte frontal e à direita do encéfalo (Deuschle & Cechella, 2008). Para além disso, as investigações com a utilização destes métodos de estudo referem que em testes de processamento fonológico, a ativação cerebral é diferente em sujeitos com PAE-DL (López-Escribano, 2007). Assim sendo, os cérebros dos sujeitos com perturbação apresentam-se como anatómica e funcionalmente diferentes quando comparados com sujeitos sem PAE-DL. Também se observa em exame *post mortem* anomalias cerebrais estruturais e funcionais (Ebere, 2016). Posto isto, há evidências de que a PAE-DL está associada à morfologia cerebral atípica (Hernandez et al., 2013).

2.9 Causas da PAE-DL

Com o desenrolar do conhecimento científico, acredita-se, atualmente, que a PAE-DL não é resultado de uma má alfabetização, de desatenção, desmotivação, condição socioeconómica, baixa inteligência (Lyon, Shaywitz & Shaywitz, 2003; Vale, Sucena & Viana, 2011; Ribeiro, Barros & Chamon, 2012; Filomeno & Sousa, 2013; Tamboer, Vorst & Oort, 2014; Ebere, 2016) nem um problema de visão (Committee on Children With Disabilities, American Academy of Ophthalmology & American Association for Pediatric, 1998 cit in Teles, 2004) e é independente da etnia e origem social (Ebere, 2016). Esta possui componentes hereditárias resultantes de alterações genéticas, e, como consequência, alterações no padrão neurológico (Ribeiro, Barros & Chamon, 2012). Neste sentido, acredita-se que indivíduo com PAE-DL teve acesso à estimulação necessária para o desenvolvimento das capacidades inerentes à leitura (Shaywitz, Mody & Shaywitz, 2006) e que a mesma é algo que é transversal a qualquer língua (Teles, 2004) e a qualquer idade (Callens, Tops & Brysbaert, 2012; Díaz, Jiménez, Mejía & Fabregat, 2014).

Apesar da hereditariedade não ser causa direta da perturbação, pode-se referir que há estruturas que são herdadas que são elementos fundamentais para o comportamento. O fator hereditário é sem dúvida algo a ter em conta dado que as alterações genéticas são transmitidas aos filhos numa grande percentagem. Esta percentagem de transmissão genética é de tal forma significativa que alguns autores apresentam valores de cerca de 50% (Snowling, 2004 cit in Bonini, Mari, Anjos, Joveliano & Teixeira, 2010).

Hoje em dia, o conhecimento científico aponta para que a perturbação tenha uma base neurológica e genética, que é cognitivamente causada pela falha no processamento fonológico de informação (López-Escribano, 2007). Dentro de um leque de causas prováveis da PAE-DL estão presentes os deficits cognitivos, fatores neurológicos, prematuridade e baixo peso ao nascimento e as influências genéticas e ambientais (Schirmer, Fontoura & Nunes, 2004).

2.10 Indicadores de PAE-DL

As dificuldades de aprendizagem emergem associadas a barreiras nos processos psicológicos inerentes à compreensão e uso da linguagem (Coelho, 2014). Existem alguns indicadores psicomotores e sensoriais que são sinais da perturbação. Amorim & Oliveira (2016) referem que dificuldades de motricidade geral, orientação direita-esquerda, percepção temporal, organização perceptiva, esquema corporal e a lateralidade são sinais de alguma perturbação de aprendizagem relacionado com a leitura. Não obstante, os autores referem que são apenas sinais, e não é possível afirmar que são a causa direta da PAE-DL, mas sim sinais que podem fazer parte da heterogeneidade das características da perturbação. Apesar da avaliação diagnóstica ser concretizada por especialistas, no quotidiano é possível observar-se alguns sinais que decorrem desta perturbação. No quadro abaixo são apresentados sinais de PAE-DL em crianças segundo Lima, Salgado & Ciasca (2010). A quadro ilustra algumas características da linguagem, leitura e escrita que são comuns em crianças com PAE-DL.

Tabela 6 - Sinais de PAE-DL em crianças

Linguagem
<ul style="list-style-type: none"> • Atraso na fala; • Histórico de atraso na fala e dificuldades na leitura; • Troca de sons na fala; • Demora para aprender novas palavras; • Dificuldades para recordar nomes e símbolos; • Dificuldades em aprender rimas.
Leitura
<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em distinguir as letras do alfabeto; • Dificuldade em leitura, escrita e ortografia; • Dificuldade para separar e diferenciar sons; • Dificuldade para discriminar fonema-grafema; • Apresenta inversão de sílabas ou palavras; • Apresenta adição/omissões de fonemas ou sílabas; • Apresenta leitura silabada, lenta e com muitos erros; • O uso excessivo de palavras substituídas (aquela coisa, aquilo) para nomeação objetos; • Nível de leitura abaixo para a faixa etária e nível de escolaridade; • Dificuldade para recontar uma história;

<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade para compreender os enunciados dos problemas de matemática; • Dificuldade para compreender textos.
Escrita
<ul style="list-style-type: none"> • Letra com características disgráficas; • Dificuldade no planejamento motor da escrita; • Dificuldade na preensão do lápis; • Dificuldade para copiar; • Escrita com erros significativos: omissões, trocas, adições/omissões fonémicas e silábicas e aglutinações.

(adaptado de Lima, Salgado & Ciasca, 2010)

2.11 Indicadores de PAE-DL em adultos

Segundo Abreu (2012), existem alguns problemas que são observados em adultos com PAE-DL. O quadro seguinte descreve alguns desses problemas ao nível da linguagem falada e da leitura.

Tabela 7 - Indicadores de PAE-DL em adultos

Problemas com a linguagem falada	Problemas na leitura
Persistência das dificuldades a nível da língua falada já inicialmente sentidas;	História na infância de dificuldades em ler e em soletrar;
Pronúncia incorreta de nomes de pessoas e lugares;	Leitura de palavras a exigir grande esforço;
Vocabulário usado na língua falada mais reduzido do que o vocabulário que é estabelecido por via auditiva;	Falta de fluência;
Utiliza o termo “Estava na ponta da língua”.	Embaraço causado pela leitura em voz alta;
	Dificuldade em ler e pronunciar palavras fora do comum, estranhas ou isoladas;
	Leitura lenta.

(adaptado de Abreu, 2012)

Para diferenciar qualitativamente a PAE-DL das restantes dificuldades de leitura, Dóres (2008) realça que é importante ter-se em atenção os seguintes aspetos:

- A dificuldade para ler persiste até à idade adulta;

- Os erros na leitura e na escrita são de natureza peculiar e específica;
- Existe uma incidência de tipo hereditário da perturbação;
- A dificuldade associa-se, também, à interpretação de outros símbolos.

Reid (2016) no seu livro intitulado “*Dyslexia*”, enumera alguns fatores que podem ser associados à PAE-DL.

Tabela 8 - Fatores associados à PAE-DL

-
- Fatores cerebrais funcionais;
 - Fatores genéticos que afetam a migração do desenvolvimento de magnocélulas intrauterinas influenciando a sua função subsequente;
 - Correlações genéticas;
 - Tempo processual de sequências na realização da tarefa;
 - Velocidade de processamento;
 - Transferência inter-hemisférica;
 - Dificuldade em automatizar habilidades;
 - Dificuldade na memória de trabalho;
 - Défice fonológico;
 - Características do idioma;
 - Comorbilidade entre dificuldades de aprendizagem;
 - Nível de alfabetização;
 - Papel do QI no diagnóstico das habilidades positivas.
-

(adaptado de Reid, 2016)

2.12 PAE-DL em adultos

Segundo o DSM 5 a PAE-DL é uma perturbação onde o indivíduo apresenta dificuldades na aprendizagem e no uso de competências académicas, onde está presente a dificuldade de leitura de palavras de forma precisa, rápida ou sem esforço (American Psychiatric Association, 2014). Este tipo de perturbação afeta o desenvolvimento de capacidades precisas ao nível da leitura e ortografia (Nergard-Nilssen & Hulme, 2014). Lyon, Shaywitz & Shaywitz (2003) referem que estas dificuldades específicas da aprendizagem apresentam-se por complicações em aprender a ler e escrever, apesar da capacidade cognitiva adequada, motivação, acesso à instrução e mecanismos periféricos intactos. Numa investigação levada a cargo por Lockiewicz, Bogdanowicz & Bogdanowicz (2014) onde os autores estudaram os recursos psicológicos de adultos com PAE-DL e compararam com indivíduos sem perturbação, os resultados sugerem que em diferentes campos os indivíduos com PAE-DL adultos são altamente funcionais. Estes resultados podem depender de fatores como a motivação e a personalidade ao invés de fatores cognitivos. Segundo Moojen, Bassôa & Gonçalves (2016) o adulto com PAE-DL não difere de forma significativa do indivíduo com PAE-DL na infância dado que é uma perturbação que persiste ao longo do ciclo vital e não apresenta remissão

total dos sintomas. Posto isto, o adulto disléxico que não teve a oportunidade de ter um acompanhamento adequado às suas necessidades durante o período da infância apresentará dificuldades na leitura e escrita, memória de curto prazo, aprendizagem de outras línguas, nomeação de objetos e pessoas e aspetos afetivos e emocionais. Como resultado, podem apresentar sintomas de depressão, ansiedade, baixa autoestima, e, em alguns casos, recorrer ao abuso de drogas (Soares, Reis, Aquino & Assis, 2010). Nelson & Gregg (2012) também referem que os adultos com dificuldades de aprendizagem tendem a sofrer de depressão e ansiedade. Isto foi expresso por Carawan (2016), numa análise preliminar com sujeitos com mais de 60 anos que permitiu concluir que a experiência emocional negativa com a PAE-DL pode afetar negativamente a autoestima.

Atualmente não existe cura para a PAE-DL, no entanto, existem terapias específicas que ajudam a minimizar os problemas apresentados e facilita o processo de aprendizagem, permitindo que a sintomatologia depressiva, baixa autoestima e problemas de socialização sejam minimizados ou evitados (Paixão, Paixão & Paixão, 2015). Shaywitz (2006 cit in Moojen, Bassôa & Gonçalves, 2016) rematam com um paralelismo entre o que é afetado na infância e na idade adulta. Neste sentido, um sujeito na infância apresenta em primeiro lugar problemas na precisão enquanto que na idade adulta observar-se problemas na velocidade da leitura. Este relato vai ao encontro do que foi observado através de estudos de neuroimagem com adultos com PAE-DL. Estes não apresentam uma leitura automática, através de circuitos neuronais mais rápidos, mas sim através de caminhos secundários resultando numa leitura mais lenta e menos precisa. Tannock (2005 cit in Moojen, Bassôa & Gonçalves, 2016) corrobora também a ideia apresentada anteriormente.

Não obstante, devido à falta de métodos objetivos para identificar a PAE-DL na idade adulta, os investigadores têm de tomar decisões arbitrárias sobre o processo de seleção de participantes com e sem PAE-DL levantando a questões problemáticas no que diz respeito há seleção de testes adequados preditores de PAE-DL e pontos de corte (Tamboer, Vorst & Oort, 2014).

2.13 Ansiedade e Autoconceito na PAE-DL

2.13.1 Ansiedade

Diversas são as definições no que diz respeito à definição de ansiedade, sendo que alguns autores consideram impossível defini-la (Bernik, 1999 cit in Braga et al., 2010).

Segundo a APA (2014), a ansiedade caracteriza-se por uma antecipação de ameaça futura. A ansiedade é também um estado emocional constituído por componentes psicológicas e fisiológicas (Caíres & Shinohara, 2010) que se caracteriza por um desagradável sentimento de medo, tensão ou desconforto que ocorre da antecipação de perigo ou de algo não familiar

(Allen, Leonard & Swedo, 1995; Batista & Oliveira, 2005) exprimindo-se em manifestações somáticas de origem fisiológicas (taquicardia, tensão muscular, tremores, tonturas) e de origem cognitiva (inquietação interna, apreensão, desconforto mental) (Batista & Oliveira, 2005; Dalgalarondo, 2008).

A ansiedade torna-se patológica quando surge de forma exagerada, sem existir uma situação real que a possa desencadear (Caíres & Shinohara, 2010). Segundo Sako (2016), a ansiedade é o sintoma emocional mais relatado por adultos com PAE-DL. No entanto, desde a infância e adolescência que se observa que as crianças com PAE-DL pontuam de forma significativa em sintomas de ansiedade quando comparadas com grupos de pares sem a perturbação (Willcutt & Pennington, 2000b).

É também importante perceber se o estado de ansiedade apresentado pelo indivíduo com PAE-DL é normal ou patológico e se é uma situação aguda associado a eventos específicos, apenas quando está sujeito a alguma avaliação que o exponha perante outros e a reação ansiosa é de curta duração, ou se é crónico, quando apresenta diariamente perante outros estímulos a mesma reação ansiogénica. Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro (2000) sugerem que se percebe se, apresenta a sintomatologia apenas quando está sujeito a alguma avaliação que o exponha perante outros e a reação ansiosa é de curta duração, ou, se por sua vez, apresenta diariamente perante outros estímulos a mesma reação ansiogénica. Tal como ocorre em todos os seres humanos, a ansiedade faz com que evitemos o que nos assusta e o indivíduo com PAE-DL não é exceção (Sako, 2016).

A ansiedade é um quadro comum em crianças e adultos com uma estimativa de prevalência durante o ciclo vital. Estima-se que em crianças seja um valor a rondar os 9% e os adultos os 15% (Bernstein, Borchardt & Perwien, 1996). Esta perturbação, quando ocorre na infância/adolescência e não é tratada, mostra-se flutuante durante a vida do sujeito, adquirindo um curso crónico (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1996).

Ghisi, Bottesi, Re, Cerea & Mammarella (2016) num estudo que realizaram com 28 estudantes universitários observaram que os participantes com PAE-DL apresentavam mais problemas psicológicos e psicopatológicos como baixa autoestima, sintomas de depressão e ansiedade quando comparados com o grupo de controle.

2.13.2 Autoconceito

Considera-se o autoconceito um constructo hipotético, facilitador do resultado de outros produtos. Como exemplo, pode-se referir o rendimento académico, uma boa adaptação profissional ou um bom desempenho a nível desportivo (Peixoto, 2003).

O desenvolvimento cognitivo afeta diretamente o desenvolvimento do autoconceito, dado que a representação que o sujeito realiza sobre si próprio depende da capacidade do indivíduo para representar o real (Peixoto, 2003). O autoconceito é um processo lento, que se desenvolve através das experiências pessoais e nas relações dos outros no seu comportamento (Carneiro, Martinelli & Sisto, 2003). A aquisição da linguagem é um aspeto fundamental no desenvolvimento das representações dos indivíduos sobre si mesmos (Peixoto, 1991 cit in Peixoto, 2003). Esta aprendizagem apresenta a capacidade de representar linguisticamente e simbolicamente o real, o que permite conceptualizar progressivamente a representação sobre si próprio (Peixoto, 2003). Weiss (1987 cit in Silva, 2012) define o autoconceito como etiquetas que um indivíduo tem sobre si mesmo, referentes a várias áreas da sua existência, como por exemplo, atributos físicos, qualidades emocionais ou características do comportamento. Não obstante, é também um constructo essencial da personalidade que regula positivamente ou negativamente o comportamento do indivíduo (Paiva & Lourenço, 2011). Para Vaz-Serra (1988, pág. 101) o autoconceito é definido como “*a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si*”. Peixoto (2004) refere que se trata de um conjunto de cognições que o indivíduo apresenta sobre si mesmo, nas diferentes atividades do quotidiano. Hattie (1992) refere que o autoconceito consiste na avaliação cognitiva, onde estão incluídas crenças sobre descrições, prescrições e avaliações de nós próprios (Peixoto, 2003). Pestana (1990 cit in Esteves, 2011) refere também a comparação que é feita com os outros, o efeito dos desempenhos e o seu reconhecimento por parte dos outros. Derivado à diversidade de representações possíveis que o sujeito poderá apresentar, este constructo apresenta desta forma uma estrutura multidimensional (Reis & Peixoto, 2013) com uma organização hierárquica estável (Peixoto, 2003).

Segundo Vaz-Serra (1988, pág. 101) existem quatro tipos de influência que auxiliam na construção do autoconceito, são elas: “*o modo como as outras pessoas observam o indivíduo, a noção que o indivíduo guarda do seu desempenho em situações específicas, o confronto da conduta da pessoa com a dos pares sociais com quem se encontra identificada*” e, por último, “*a avaliação de um comportamento específico em função de valores veiculados por grupos normativos*”. O mesmo autor refere ainda que existem constituintes para o autoconceito, a saber, as autoimagens, a autoestima, o autoconceito real, o autoconceito ideal, as identidades e o conservadorismo cognitivo. Já para Thomson & Hartley (1980) o autoconceito é como o indivíduo acredita que as outras pessoas sentem sobre ele.

Segundo o modelo de Shavelson, Hubner & Staton (1976), o autoconceito geral está interligado com quatro tipos diferentes de autoconceito. São eles o autoconceito académico, social, emocional e físico (Esteves, 2011).

Este conceito tem vindo a ser associado como tendo uma relação direta com as dificuldades de aprendizagem (Andrade, 2014). Especificamente na dimensão autoconceito para a leitura,

esta diz respeito à percepção que o sujeito tem na sua execução de tarefas de leitura (Andrade, 2014). Em estudos sobre o autoconceito na PAE-DL com crianças, estas associam o facto de ser bom leitor com o ser feliz (Ingesson, 2007). Apesar de nem todas as confirmações virem dos outros, o indivíduo tende a validar o seu autoconceito com os outros (Esteves, 2011).

Existem alguns fatores a ter em conta quando falamos de PAE-DL e de autoconceito. São eles, género, o nível desenvolvimental, o desempenho académico e a atitude parental (Ridsdale, 2004).

Segundo Siulverman & Zigmond (1993 cit in Simões & Serra, 1987) os alunos com perturbações na aprendizagem manifestam um autoconceito mais baixo que poderá ter como base as expectativas dos pais e professores não correspondidas.

Dado que a PAE-DL influencia o desempenho académico do indivíduo, este por sua vez pode desenvolver estratégias adaptativas de forma a não se expor demasiado (Alesi, Rappo & Pepi, 2012). Posto isto, a investigação defende que a PAE-DL influencia o autoconceito negativamente. Não obstante, influencia também o estado emocional e comportamental do sujeito (Ridsdale, 2004).

Simões & Serra (1987) relatam também que o autoconceito é mais negativo quando as crianças são mais velhas. Este facto pode ser devido aos acontecimentos prévios de regular insucesso escolar (Tabaquim, Dauruiz, Prudenciatti & Niquerito, 2016) tal como sugere o estudo de Dale & Taylor (2001) em que participantes com PAE-DL exprimem sentimentos de fracasso pessoal devido ao insucesso escolar.

O autoconceito é influenciado por acontecimentos prévios e prepara as pessoas mentalmente para responder de forma assertiva perante as expectativas de sucesso, aceitação e força pessoal. Neste sentido, Simões & Serra (1987) mencionam que o autoconceito afeta de forma significativa o comportamento, o desempenho e o ajustamento individual, daí ser pertinente ter em atenção este conceito na PAE-DL dado o baixo autoconceito, a disrupção comportamental e o fraco ajustamento individual que os sujeitos apresentam. Mercer (1994 cit in Silva, 2012) refere que muitos indivíduos com dificuldades de aprendizagem apresentam-se frustrados devido às suas dificuldades em aprender, atuam de modo disruptivo e adquirem sentimentos negativos de autoconceito.

Para além do mencionado, existem outros fatores que influenciam a construção do autoconceito. Algumas investigações foram sendo realizadas de forma a perceber se o autoconceito em alunos com dificuldades de aprendizagem está debilitado comparativamente com um grupo normativo. Stevanato, Loureiro, Linhares & Marturano (2003) conclui isso

mesmo ao realizar um estudo com 58 crianças com e sem dificuldades de aprendizagem. Os autores concluíram que o autoconceito global está mais baixo neste tipo de crianças comparativamente com crianças sem dificuldades.

Num outro estudo realizado por Moller, Streblow & Pohlmann (2009) pretendeu-se perceber se existiam correlações positivas entre a não obtenção de êxito académico e as consequências negativas no autoconceito. Os resultados apontaram para correlações positivas em relação a algumas disciplinas, sendo estas o alemão e matemática. Posto isto, percebe-se que o êxito em disciplinas como o alemão e a matemática influencia a forma como os alunos se veem.

Neste sentido, o estudo do autoconceito e da ansiedade na PAE-DL demonstra grande interesse não apenas para o meio escolar e académico dado que permite perceber-se que variáveis podem estar a contribuir de forma negativa/positiva na adaptação do indivíduo com PAE-DL à sua vida escolar, mas também para o adulto onde se pode perceber quais as técnicas/estratégias usadas para a sua realização profissional e pessoal.

2.13.3 Ansiedade e Autoconceito

Durante o processo desenvolvimental, os indivíduos organizam e estruturam as suas experiências de vida, absorvendo informação importante sobre si próprio (Coelho, Sousa & Figueira, 2014).

Tem-se observado que a PAE-DL está associada, frequentemente, a perturbações internas, como a depressão e a ansiedade, e externas, como os comportamentos agressivos (Lima, 2011). No que diz respeito aos comportamentos agressivos, estas reações podem advir das constantes pressões e críticas por partes dos professores e pais para com o indivíduo com PAE-DL. Para além disso, também se observa que, por vezes, ao invés das reações agressivas, estes indivíduos reagem emocionalmente perante as críticas (Thomson & Hartley, 1980).

A PAE-DL tem como consequência um comprometimento escolar e psicológico. Segundo Morgan e Klein (2000), os adultos que não tiveram um diagnóstico da perturbação durante o início do seu percurso escolar, sentiram-se, durante a sua vida, inadequados, frustrados e irritados. Isto poderá ocorrer porque o foco de atenção da criança com PAE-DL é o de satisfazer as suas expectativas (Sako, 2016). Estas dificuldades originam baixos níveis de autoconceito, autoestima, autoeficácia e desmotivação escolar (Shessel & Reiff, 1999; Stevanato, Loureiro, Linhares & Marturano, 2003; Maciel, 2016). Hall, Spruill e Webster, (2002 cit in Gomides, Martins, Barbosa, Haase & Júlio-Costa, 2014) corroboram com o exposto, referindo que a aprendizagem, quando acompanhada de dificuldades, resultam em autoconceitos menos positivos, baixa autoeficácia e menor autoestima. As experiências de fracasso na aprendizagem resultam na desmotivação e desmoralização dos indivíduos,

desenvolvendo-se autopercepções negativas em relação à capacidade de leitura (Undheim, 2003; Tunmer & Greaney, 2010).

Bartholomeu, Sisto e Reuda (2006) referem que as crianças com PAE-DL apresentam características ansiosas, com baixo autoconceito, dificuldades de comunicação e de relacionamento com maior frequência. Com o desenrolar do processo de aprendizagem, as crianças com PAE-DL podem desencadear problemas emocionais. Segundo Maag e Reid (2006), as crianças com PAE-DL apresentam maior risco para o desenvolvimento de perturbações mentais, pois revelam menor autoconceito, um locus de controlo externo, e são mais ansiosas comparativamente com os seus grupos de pares sem qualquer dificuldade de aprendizagem. Mugnaini, Lassi, Malfa e Albertini (2009) também confirmaram este risco para o desenvolvimento de ansiedade e outras perturbações mentais.

O género é outra variável importante na PAE-DL. Willcutt e Pennington (2000) referem que os indivíduos do género feminino apresentam maiores comportamentos internalizantes, no entanto, os rapazes apresentam mais comportamentos externalizantes. Nelson e Gregg (2010 cit in Lima, 2014) corroboram com os autores supra mencionados, referindo que as raparigas apresentam mais sintomas depressivos e de ansiedade. Lima, Salgado e Ciasca (2011), num estudo de caso com um rapaz de 10 anos, observou que a criança com PAE-DL apresentava medo em relação ao futuro e ansiedade em relação à escola. O relato familiar recolhido pelo autor, permitiu perceber que os familiares mencionavam mais a ansiedade/depressão, condutas agressivas, problemas sociais, entre outros, o que também corrobora a literatura apresentada anteriormente.

No que concerne à idade adulta, apesar de ainda não haver muita investigação realizada na área, um estudo desenvolvido por Carrol e Iles (2006), atentou que, a nível universitário, os estudantes com PAE-DL relatam maiores níveis de ansiedade e também incapacidade académica quando comparados com o grupo de controlo. Altos níveis de ansiedade e stresse foram identificados como os correlatos comportamentais mais associados à PAE-DL (Ebere, 2016).

Em suma, tem-se observado que a PAE-DL está associada a perturbações psicológicas (Undheim, 2003), e, neste sentido, quando maior a gravidade da PAE-DL, maior o nível de sintomas psicológicos associados (Ghisi, Bottesi, Re, Cerea, Mammarella, 2016).

Capítulo 3

3 Investigação

3.1 Metodologia

3.1.1 Objetivos da investigação

Esta investigação tem como finalidade comparar os níveis de ansiedade e autoconceito em adultos previamente diagnosticados com PAE-DL com o grupo de controlo de participantes normativos, ou seja, sem diagnóstico prévio da patologia. Para além do mencionado, verificar o impacto das habilitações académicas na ansiedade e no autoconceito dos participantes.

3.1.2 Hipóteses de investigação

1. Os participantes adultos previamente diagnosticados com PAE-DL apresentam-se como mais ansiosos quando comparados com o grupo de controlo.
2. Os participantes adultos previamente diagnosticados com PAE-DL apresentam-se com menor autoconceito quando comparados como grupo de controlo.
3. Os participantes adultos previamente diagnosticados com PAE-DL com sintomas de ansiedade apresentam menor autoconceito.
4. A escolaridade (com frequência académica/sem frequência académica) influencia o autoconceito e a ansiedade.
5. A escolaridade tem impacto nos participantes adultos com PAE-DL e sem PAE-DL ao nível da ansiedade e do autoconceito.
6. A idade (até 40 anos/maior que 40 anos) tem influencia na ansiedade e no autoconceito dos participantes.

3.1.3 Variáveis de estudo

As variáveis dependentes são o autoconceito e a ansiedade. A variável independente é a presença ou ausência de PAE-DL.

3.1.4 Procedimentos de recolha de dados

Dada a investigação ser apenas para sujeitos adultos, a população na qual foram recolhidos os dados foram compostas por sujeitos dos 18 aos 64 anos, de ambos os géneros, com e sem perturbação. A amostra foi recolhida através do preenchimento de um questionário que esteve disponível on-line a qualquer cidadão em Portugal Continental e Arquipélagos da Madeira e Açores que pretendesse colaborar na investigação e se inserisse dentro dos parâmetros etários estabelecidos. O questionário foi composto por um questionário sociodemográfico, uma prova de *screening* de PAE-DL, o Inventário Estado-Traço de

Ansiedade, o Inventário Clínico de Auto-Conceito, Questionário de Falhas Cognitivas, o Brief-COPE, uma escala de resiliência, um questionário de autoestima, o MOS-SSS, o inventário de sintomas psicopatológicos.

Especificamente para esta investigação apenas foram considerados o questionário sociodemográfico, o Inventário Clínico de Auto-conceito e o Inventário Estado-Traço de Ansiedade, em que só foram avaliadas as questões em relação à ansiedade estado.

3.1.5 Participantes

A amostra é constituída por 387 participantes. Foram excluídos os sujeitos que não fossem de nacionalidade portuguesa, que não apresentaram respostas válidas aos questionários e os participantes que não indicavam as suas idades. Para os participantes previamente diagnosticados com PAE-DL que não indicaram a idade a mesma foi substituída pela média das idades dos restantes participantes. Posto isto, os participantes válidos são n=343. Dos 343 participantes 27 responderam ter sido diagnosticados com PAE-DL (7,9%), 106 com perturbação de ansiedade (30,9%), 63 com depressão (18,4%) e 13 com défice de atenção (3,8%). Destes 343, 77% são do género feminino (n=264) e 23% do género masculino (n=79).

A amostra apresenta uma distribuição de idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, com uma média de idades de 30,9 anos. A idade mais representada na amostra é os 23 anos (n=46, 13,4%).

No que diz respeito ao estado civil da amostra, 180 são solteiros (52,5%), 63 casados (18,4%), 61 comprometidos (17,8%), 24 em união de facto (7%), 12 divorciados (3,5%), 2 separados (0,6%) e 1 viúvo (0,3%).

Em relação às habilitações literárias, 114 concluíram uma licenciatura pós-Bolonha (33,2%), 78 ensino secundário (até ao 12º ano) (22,7%), 55 mestrado pós-Bolonha (16%), 13,4% licenciatura pré-Bolonha (13,4%), 18 ensino básico (até ao 9º ano) (5,2%), 12 mestrado pré-Bolonha (3,5%), 9 doutoramento (2,6%), 4 bacharelato e escolaridade até ao 4º ano (1,2%) e 3 escolaridade até ao 6º ano (0,9%).

3.1.6 Questionários

3.1.6.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico é composto por questões sobre a nacionalidade, naturalidade, distrito, agregado familiar, estado civil, habilitações literárias, género, profissão, rendimentos, doenças previamente diagnosticadas (dislexia, agora denominada PAE-DL, Ansiedade, Depressão e Défice de Atenção).

3.1.6.2 Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) (Vaz-Serra, 1986)

O Inventário Clínico de Auto-Conceito é um instrumento que está validado para a população portuguesa. Este inventário é de autorresposta, e o sujeito deve responder de acordo com a “*sua maneira de ser habitual e não o seu estado de espírito de momento*”. O resultado da prova permite a obtenção de uma nota global e de vários índices que trazem informação pertinente sobre o sujeito. A escala é composta por 20 itens. Cada item tem 5 opções de resposta numa escala de tipo Likert de 1 a 5 pontos, com as seguintes opções de resposta: de “Não concordo”, “Concordo pouco”, “Concordo moderadamente”, “Concordo muito” e “Concordo muitíssimo” respetivamente (Vaz-Serra, 1986).

É possível observar-se um valor final em cada fator e obter-se também um valor global de autoconceito somando-se os 20 itens. Destes 20 itens, 3 são cotados de forma invertida (itens 3, 12 e 18). Quanto maior for o autoconceito do indivíduo, maior a pontuação total obtida, podendo esta variar de 20 a 100 pontos. Para além da pontuação total, o inventário permite também calcular 6 fatores, sendo estes a “Fator 1 (itens 1, 4, 9, 16, 17) - Aceitação/Rejeição Social”, “Fator 2 (itens 3, 5, 8, 11, 18, 20) - Auto-Eficácia”, “Fator 3 (itens 2, 6, 7, 13) - Maturidade Psicológica” “Fator 4 (itens 10, 15, 19) - Impulsividade de Atividades” e “Fator 5 e 6 - de caráter misto, sem qualquer denominação nem classificação pelo autor” (Vaz-Serra, 1986).

O estudo de validação foi realizado com a participação de 920 sujeitos. A validação revelou uma consistência interna avaliada através do *Coefficiente de Sperman-Brow* de .791 e um coeficiente teste-reteste de .838 (Vaz-Serra, 1986).

3.1.6.3 Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) (Silva, 2003)

O inventário estado-traço é uma escala clínica de autorresposta que tem como objetivo diagnosticar a ansiedade (Silva, 2003) e distinguir de síndromes depressivos (APA, n.d.). O presente inventário é aplicado a indivíduos de ambos os sexos, a partir do 10º ano de escolaridade, ou com idade equivalente (Silva, 2003).

A escala é composta por 40 itens, em que se dividem a STAI Form Y-1 e a STAI Form Y-2 com 20 itens cada uma. Apenas foi considerada a STAI Form Y-1 a qual apresenta 10 itens invertidos (itens 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19). Alguns exemplos de itens para a escala de Ansiedade Estado são os seguintes: “Estou tenso/a”; “Sinto-me perturbado/a”; “Sinto-me nervoso/a”. No que diz respeito à Ansiedade Traço, são exemplos que questões: “Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância”; “Estou contente”; “Tenho pensamentos que me perturbam”. A escala é de tipo Likert de 4 pontos que varia de 1- Quase Nunca a 4- Quase sempre. Os resultados mais altos indicam maiores níveis de ansiedade. A pontuação varia de 20 a 80 pontos (Silva, 2003).

Em Portugal foram realizados alguns estudos com amostras de estudantes de ensino secundário e universitário, com estudantes de ensino secundário do funchal, com adultos e militares, com três grupos de pacientes (alcoólicos, perturbações de ansiedade e stresse pós-traumático). O estudo da consistência interna da amostra total apresentou resultados de alfa de .91 e .93 para o Estado de Ansiedade e, .89 e .89 na Traço de Ansiedade em homens e mulheres respetivamente (Silva, 2003).

3.1.7 Procedimentos estatísticos

Após todo o processo de recolha de dados estar terminado, os dados foram inseridos numa base de dados informática no IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences - versão 23).

Foram realizados testes de Fiabilidade para o ICAC e STAY. Foram também realizados t-test, Anova e Mancova.

3.2 Resultados

3.2.1 Fiabilidade

3.2.1.1 Fiabilidade ICAC

Para averiguar a fiabilidade da dimensão em estudo, procedeu-se à análise da consistência interna através do alfa de cronbach. Para um N = 343 e um total de 20 itens, obteve-se um valor considerado bom para a dimensão: ICAC-P (=0.867).

Tabela 9 - Valor alfa-cronbach ICAC

Cronbach's Alpha	N of Items
,867	20

3.2.1.2 Fiabilidade - STAY

Para averiguar a fiabilidade da dimensão em estudo, procedeu-se à análise da consistência interna através do alfa de cronbach. Para um N = 343 e um total de 20 itens, obteve-se um valor considerado como inaceitável para a dimensão: STAY-P (=0.906).

Tabela 10 - Valor de alfa-cronbach STAY

Cronbach's Alpha	N of Items
,906	20

3.2.2 Testes de pressupostos para os testes paramétricos

O pressuposto da normalidade não foi validado através do teste Kolmogorov-Smirnov, assim sendo verifica-se a inexistência de uma distribuição normal para a população uma vez que o valor p-value não é inferior a 0.05. No entanto, de acordo com diversos autores (Kline, 1998; Schumacker & Lomax, 2010; Maroco, 2010) os testes paramétricos são robustos para valores absolutos de assimetria entre -3 a 3 e valores absolutos de achatamento entre -7 a 7.

3.2.2.1 ICAC Fatores

Para ambos os fatores os pressupostos da normalidade não foram validados para ambos os grupos uma vez que apresentam um p-value inferior a $\alpha=0.05$. No entanto os valores de assimetria e curtose são robustos para testes paramétricos. Para o fator 1 a assimetria regista um valor absoluto de -.911 e a curtose .2.285. Em relação ao Fator 2, ,148 e -.291 respetivamente. Fator 3, -.725 para a assimetria e -.429 para a curtose. No que concerne ao fator 4 registaram-se valores de .240 e -.693. Por último, para o ICAC-Total, os valores obtidos foram de -.231 para a assimetria e .935 para a curtose.

Todos os fatores do ICAC registaram resultados apontam para homogeneidade dado que os valores registados são superiores ao $\alpha=0.05$ referência. Fator 1 - $F(1, 341)=1.423, p=.343$; Fator 2 - $F(1, 341)=5.142, p=.136$; Fator 3 - $F(1, 341)=1.030, p=.617$; Fator 4 - $F(1, 341)=1.604, p=.544$; Total - $F(1, 341)=3.589, p=.808$.

Tabela 11 - Pressupostos ICAC Fatores

PAE-DL		ICAC-F1- Aceitação/rejeição Social	ICAC-F2-Auto- Eficácia	ICAC-F3- Maturidade psicológica	ICAC-F4- Impulsividade- Actividade	ICAC - Total
N		343	343	343	343	343
Teste de normalidade	Sim	S-W(27)=,914, p=.029	S-W(27)=,968, p=.559	S- W(27)=,927, p=.057	S-W(27)=,933, p=.081	S- W(27)=,953, p=.254
	Não	K-S(316)=,125, p=.000	K-S(316)=,088, p=.000	K- S(316)=,104, p=.000	K-S(316)=,120, p=.000	K- S(316)=,066, p=.002
Assimetria	Sim	-,911	,148	-,725	,240	-,231
	Não	-,458	-,296	-,429	-,736	-,320
Curtose	Sim	2,285	-,291	-,429	-,693	,935
	Não	,924	-,166	,837	1,337	,740
Teste de homogeneidade		,343	,136	,617	,544	,808

3.2.2.2 STAY Fatores

Para a STAY o pressuposto da normalidade não foi validado para ambos os grupos uma vez que apresentam um p-value inferior a $\alpha=0.05$. No entanto os valores de assimetria e curtose são robustos para testes paramétricos. O valor registado para a assimetria foi de ,246 e a curtose -,924.

Em relação à homogeneidade o valor registado para um $\alpha=0.05$ foi de $F(1, 341)=4.637$, $p=.008$, o que expressa variâncias significativas diferentes.

Tabela 12 - Pressupostos STAY Fatores

PAE-DL		STAY
N		343
Teste de normalidade	Sim	S-W(27)=,960, p=.378
	Não	K-S(316)=,063, p=.004
Assimetria	Sim	,246
Curtose	Sim	-,924
Teste de homogeneidade		,008

3.3 Teste de Hipóteses

3.3.1 Hipótese 1: Os participantes adultos previamente diagnosticados com PAE-DL apresentam-se como mais ansiosos quando comparados com o grupo de controle.

No que concerne à análise das médias entre os grupos e a dimensão STAY-Y1 verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo A (Com PAE-DL) ($M=43.15$, $SE=12.66$) e o grupo B (sem PAE-DL) ($M=38.9$, $SE=9.59$) face à variável STAY-Y1 $t(28.61)=1.71$, $p=.050$, com um poder observado de .574.

Tabela 13 - Teste de Comparação de médias entre Ansiedade e PAE-DL

	PAE-DL	N	Média	Desvio Padrão
STAY	Sim	27	43,15	12,66
	Não	316	38,9	9,59

3.3.2 Hipótese 2: Os participantes adultos previamente diagnosticados com PAE-DL apresentam-se com menor autoconceito quando comparados como grupo de controle.

ICAC - Fator 1 (Aceitação/Rejeição Social)

No que concerne à análise das médias entre os grupos e a dimensão ICAC-F1 não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo A (Com PAE-DL) ($M=17.92$, $SE=2.77$) e o grupo B (sem PAE-DL) ($M=18.66$, $SE=3.13$) face à variável ICAC-F1 $t(341)=1.19$, $p=.12$, com um poder observado de .221.

Tabela 14 - Teste de Comparação de médias entre Autoconceito (Fator 1) e PAE-DL

ICAC	PAE-DL	N	Média	Desvio Padrão
Fator 1	Sim	27	17,92	2,77
	Não	316	18,66	3,13

ICAC - Fator 2 (Auto-Eficácia)

No que respeita à análise das médias entre os grupos e a dimensão ICAC-F2 verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo A (Com PAE-DL) ($M=20.96$, $SE=4.45$) e o grupo B (sem PAE-DL) ($M=22.58$, $SE=3.49$) face à variável ICAC-F2 $t(341)=2.27$, $p=.012$, apresentando um tamanho de efeito pequeno ($d=-.41$), com um poder observado de .618.

Tabela 15 - Teste de Comparação de médias entre Autoconceito (Fator 2) e PAE-DL

ICAC	PAE-DL	N	Média	Desvio Padrão
Fator 2	Sim	27	20,96	4,45
	Não	316	22,58	3,49

ICAC - Fator 3 (Maturidade Psicológica)

No que toca à análise das médias entre os grupos e a dimensão ICAC-F3 não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo A (Com PAE-DL) ($M=14.88$, $SE=2.53$) e com o grupo B (sem PAE-DL) ($M=15.37$, $SE=2.36$) face à variável ICAC-F3 $t(341)=1.02$, $p=.155$, com um poder observado de .173

Tabela 16 - Teste de Comparação de médias entre Autoconceito (Fator 3) e PAE-DL

ICAC	PAE-DL	N	Média	Desvio Padrão
Fator 3	Sim	27	14,88	2,53
	Não	316	15,37	2,36

ICAC - Fator 4 (Impulsividade/Actividade)

No que diz respeito à análise das médias entre os grupos e a dimensão ICAC-F4 não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo A (Com PAE-DL) ($M=11.59$, $SE=2.00$) e o grupo B (sem PAE-DL) ($M=12.08$, $SE=1.92$) face à variável ICAC-F4 $t(341)=1.27$, $p=.103$, com um poder observado de $.243$.

Tabela 17 - Teste de Comparação de médias entre Autoconceito (Fator 4) e PAE-DL

	PAE-DL	N	Média	Desvio Padrão
ICAC Fator 4	Sim	27	11,59	2,00
	Não	316	12,08	1,92

ICAC - TOTAL

Por último, em relação à análise das médias entre os grupos e a dimensão ICAC-Total verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo A (Com PAE-DL) ($M=65.37$, $SE=9.73$) e o grupo B (sem PAE-DL) ($M=68.71$, $SE=8.71$) face à variável ICAC-Total $t(341)=1.89$, $p=.029$, apresentando um tamanho de efeito pequeno ($d=-.36$), com um poder observado de $.472$.

Tabela 18 - Teste de Comparação de médias entre Autoconceito (Total) e PAE-DL

	PAE-DL	N	Média	Desvio Padrão
ICAC Total	sim	27	65,37	9,73
	não	316	68,71	8,71

3.3.3 Hipótese 3: Os participantes adultos previamente diagnosticados com PAE-DL com sintomas de ansiedade apresentam menor autoconceito.

No que concerne à análise das médias entre os grupos e a dimensão ICAC-Total verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo A (baixa ansiedade) ($M=70.6$, $SE=8.09$) e o grupo B (elevada ansiedade) ($M=61.2$, $SE=9.08$) face à variável ICAC-Total $t(25)=2.8$, $p=.005$, com um poder observado de $.271$.

Tabela 19 - Teste de Comparação de médias entre Adultos com PAE-DL e Ansiedade e Autoconceito

	STAY	N	Média	Desvio Padrão
ICAC - Total	Baixa Ansiedade	12	70,6	8,09
	Elevada Ansiedade	15	61,2	9,08

3.3.4 Hipótese 4: A escolaridade (com frequência acadêmica/sem frequência acadêmica) influencia o autoconceito e a ansiedade.

Ansiedade

No que alude à análise das médias entre os grupos “Sim + Sem Frequência Acadêmica” ($M=45.43$, $SE=12.8$), “Não + Sem Frequência Acadêmica” ($M=40.7$, $SE=12.6$), “Sim + Frequência Acadêmica” ($M=39.82$, $SE=9.9$) e “Não + Frequência Acadêmica” ($M=38.52$, $SE=9.5$) na dimensão STAY-Y1, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas face à variável STAY-Y1 $F(3)=2.44$, $p=.065$, com um poder observado de .605.

Tabela 20 - Teste de Comparação de médias entre Escolaridade e Ansiedade

STAY			
Habilitações	N	Média	Desvio Padrão
Sim + Sem Frequência Acadêmica	14	49,85	2,33
Sim + Frequência Acadêmica	13	46,15	1,54
Não + Sem Frequência Acadêmica	89	47,69	,57
Não + Frequência Acadêmica	227	47,07	,32

Autoconceito

No que diz respeito à análise das médias entre os grupos e a dimensão ICAC-Total não se encontraram diferenças estatisticamente significativas face à variável ICAC-Total $F(3)=1.422$, $p=.236$, com um poder observado de .377.

Tabela 21 - Teste de Comparação de médias entre Escolaridade e Autoconceito

ICAC-Total			
Habilitações	N	Média	Desvio Padrão
Sim + Sem Frequência Acadêmica	14	65,00	2,43
Sim + Frequência Acadêmica	13	65,76	2,97
Não + Sem Frequência Acadêmica	89	68,07	1,06
Não + Frequência Acadêmica	227	68,96	,54

3.3.5 A escolaridade tem impacto nos participantes adultos com PAE-DL e sem PAE-DL ao nível da ansiedade e do autoconceito.

A Mancova é uma técnica estatística que é a extensão da análise de covariância (ANCOVA). Basicamente, é a análise de variância multivariada com covariável (s). Na MANCOVA, avalia-se as diferenças estatísticas em múltiplas variáveis contínuas dependentes por uma variável de

agrupamento independente, enquanto controlamos uma terceira variável chamada covariável. Podem ser utilizadas múltiplas covariáveis, dependendo do tamanho da amostra.

A tabela de testes multivariados é onde encontramos o resultado real da MANCOVA unidirecional. Após a verificação da tabela iremos optar pelo efeito Lambda de Wilks em cada uma das variáveis (Habilitações e PAE-DL). Para determinar o efeito da mancova verifica-se que nenhuma das variáveis apresenta um valor significativo dado que a STAY apresenta uma ($M=43.15$, $SE=12.66$) e o ICAC uma ($M=65.4$, $SE=9.7$) para um $p=.364$ nas habilitações e de $p=.087$ na PAE-DL. Esta conclusão é reforçada pela análise da tabela Tests of between-subjects effects que se encontra em anexo, onde podemos observar que a ansiedade e os autoconceitos não são estatisticamente dependentes da PAE-DL e das habilitações.

Tabela 22 - Teste de Comparação de médias entre Escolaridade, Ansiedade e Autoconceito

	Média	Desvio Padrão
STAY-Y1	43,15	12,66
ICAC - Total	65,4	9,7

3.3.6 Hipótese 6: A idade (até 40 anos/maior que 40 anos) tem influencia na ansiedade e no autoconceito dos participantes.

Idade - Ansiedade

No que respeita à análise das médias entre os grupos e a dimensão STAY-Y1 não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo A (inferior a 40 anos) ($M=39.07$, $SE=9.83$) e o grupo B (superior a 40 anos) ($M=39.85$, $SE=10.3$) face à variável STAY-Y1 $t(341)=-.560$, $p=.28$, com um poder observado de .091.

Tabela 23 - Teste de Comparação de médias entre Idade e Ansiedade

	Idade	N	Média	Desvio Padrão
STAY-Y1	Inferior a 40 anos	274	39,07	9,83
	Superior a 40 anos	69	39,85	10,3

Idade - AutoConceito

No que concerne à análise das médias entre os grupos e a dimensão ICAC-Total não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo A (inferior a 40 anos) ($M=68.61$, $SE=8.63$) e o grupo B (superior a 40 anos) ($M=67.78$, $SE=9.61$) face à variável ICAC-Total $t(341)=.701$, $p=.242$, um poder observado de .108.

Tabela 24 - Teste de Comparação de médias entre Idade e Autoconceito

	Idade	N	Média	Desvio Padrão
ICAC - Total	Inferior a 40 anos	274	68,61	8,63
	Superior a 40 anos	69	67,78	9,61

3.4 Discussão

Os resultados da presente investigação sugerem que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação à ansiedade-estado.

Durante os últimos anos vários são os estudos sobre a definição, diagnóstico, causas, características (Stanovich, 1996) e a ansiedade na PAE-DL (Novita, 2016). No entanto, os resultados são contraditórios (Novita, 2016) e a maior parte da investigação é realizada com crianças em idade escolar, observando-se resultados pouco concretos em indivíduos adultos (Carroll & Iles, 2006). Alguns estudos sobre os efeitos a longo prazo da PAE-DL em adultos demonstram que alguns sujeitos estão mais aptos para se ajustarem que outros (Stampoltzis & Polychronopoulou, 2009).

Não obstante, o que está claro é que a perturbação trás uma série de consequências, como a baixa autoestima, maior ansiedade, falta de confiança e insegurança. No entanto, dado que o indivíduo não é um sujeito passivo, o seu papel desempenha um importante fator no seu bem-estar geral (Stampoltzis & Polychronopoulou, 2009).

Sabe-se que a PAE-DL é uma perturbação neurológica complexa (Carroll & Iles, 2006), que acompanha o indivíduo durante todo o seu ciclo vital (Cabussú, 2009). O processo de aprendizagem no campo da leitura na PAE-DL não será feito de forma convencional, o que poderá causar frustração no sujeito, dado que as expectativas inseridas sobre si pela família não serão correspondidas (Cabussú, 2009). Segundo McNulty (2003), os indivíduos com PAE-DL podem experienciar tristeza, depressão, stresse, ansiedade e insegurança. Os sintomas apresentados anteriormente podem ser explicados segundo Denhart (2007 cit in Carawan, Nalavany & Jenkins, 2016) pela pressão da sociedade alfabetizada em que vivemos. Neste sentido, lembranças de sentimentos de diferença, preguiça, inferioridade e vergonha podem resultar em cicatrizes emocionais durante a vida adulta (Ingesson, 2007). Adultos com perturbações de aprendizagem, como a PAE-DL, podem se tornar um objeto de percepções negativas, estereótipos e discriminação Denhart (2007 cit in Carawan, Nalavany & Jenkins, 2016). No entanto, o adulto com a perturbação desenvolve, de forma criativa, alternativas para superar as suas dificuldades de leitura e escrita (Cabussú, 2009).

Carroll e Iles (2006) verificaram que os estudantes com a perturbação experienciam maiores níveis de ansiedade quando comparados com o grupo de controle. Num estudo levado a cabo por McNulty (2003) num estudo com 12 sujeitos adultos com PAE-DL concluiu que a autoestima baixa era influenciada pela perceção de acontecimentos traumáticos durante o percurso escolar. Já Casey, Levy, Brown & Brooks-Gunn (1992), noutra estudo com crianças observou que as mesmas eram mais ansiosas quando comparadas com o grupo sem dificuldades. Riddick, Sterling, Farmer, & Morgan (1999) registaram o mesmo na sua investigação com estudantes com PAE-DL. O mesmo foi observado por Hughes e Dawson (1995) com 47 indivíduos adultos com PAE-DL. Carroll & Iles (2006) realizaram um estudo experimental com 32 estudantes universitários, dos quais 16 padeciam da perturbação. Utilizaram a STAI para medir a ansiedade e tentaram perceber se os estudantes universitários registados com PAE-DL, eram mais vulneráveis a níveis de ansiedade quando colocados numa tarefa de leitura. Os resultados indicaram que na ansiedade-estado as diferenças entre os grupos dois grupos eram significativas. Nelson, Lindstrom & Foels (2015) também observaram o mesmo fenómeno. O mesmo foi observado também no estudo realizado por Ghisi, Bottesi, Re, Cerea & Mammarella (2016) com 28 estudantes universitários.

No entanto, outras investigações apresentam resultados que sugerem que a ansiedade tende a diminuir na idade adulta (Carroll & Iles, 2006). O mesmo foi observado por Bruck (1987) que observou que 85% dos alunos com dificuldades de aprendizagem apresentam fraco ajustamento geral na infância, enquanto que apenas 37% dos sujeitos apresentaram avaliações comparáveis na adolescência e na idade adulta. Resultados semelhantes foram registados num estudo de Hales (1994 cit in Carroll & Iles, 2006). Riddick, Sterling, Farmer & Morgan (1999), observaram numa amostra composta por 16 estudantes adultos com PAE-DL, onde utilizaram a STAI, que apesar de se observar uma tendência para que os estudantes com PAE-DL apresentassem pontuações mais altas, as diferenças não eram significativas. Na investigação levada a cabo com crianças por Novita (2016), a autora observou que não existiam diferenças na ansiedade e autoestima entre os participantes. No entanto, a autora concluiu que a autoestima especificamente em ambiente escolar se encontrava menor no grupo de crianças com PAE-DL. A autora justifica os seus resultados em relação à ansiedade com a intervenção na leitura que todas as crianças tinham recebido, podendo estes tratamentos ter benefícios no bem-estar emocional das crianças, desenvolvendo-se desta forma estratégias de *coping* que poderão ter resultados ao nível da ansiedade (Novita. 2016).

Neste sentido, a ansiedade nos indivíduos com PAE-DL pode ser maior em certos contextos, e não no ambiente geral de vida (Novita, 2016). No entanto, Chapman, Lambourne & Silva (1990) observaram que a ansiedade não é apenas algo específico do meio escolar, mas que também interfere com outros domínios de vida dos sujeitos.

McNulty (2003) abordou o tema do diagnóstico durante os anos de escolaridade, ou seja, as crianças que são diagnosticadas com PAE-DL mais tardiamente, são mais suscetíveis a desenvolverem alterações emocionais devido a não existência de uma explicação para as dificuldades que sentem. Como é sugerido por Davenport (1991 cit in Burden, 2008), a altura do diagnóstico e a forma como é dado a conhecer, pode ser um fator importante na aceitação da pessoa. Outra explicação é sugerida por Bruck (1989) onde o autor menciona que com o desenvolvimento das crianças, as pressões, o sistema educacional e o ajuste se torna comparável entre pares. Importante será referir que esta associação está menos clara em alunos que optaram por permanecer no sistema educativo, mesmo após o termino da escolaridade obrigatória.

No que diz respeito ao autoconceito, os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de participantes com e sem PAE-DL. Estes resultados foram registados ao nível do Fator 2 (Auto-Eficácia) e no ICAC-Total.

Segundo Stampoltzis & Polychronopoulou (2009), a PAE-DL tem efeitos demonstráveis sobre o autoconceito e a vida quotidiana dos indivíduos. Neste sentido, a perturbação pode resultar numa má motivação e maus hábitos de estudo.

De acordo com Riddick (1995), o impacto da PAE-DL no autoconceito já a muito tempo está estabelecido na literatura. No entanto, Stampoltzis & Polychronopoulou (2009) no estudo que levaram a cabo com 16 indivíduos com PAE-DL observaram que alguns dos sujeitos estudados apesar de demonstrarem uma baixa autoestima, alguns descreviam-se como persistentes e pacientes, ou seja, os efeitos emocionais da PAE-DL segundo os autores diferenciam de uma pessoa para outra pessoa. Outro aspeto a realçar foi o associar-se as dificuldades de aprendizagem a uma perturbação, promovendo sentimentos de alívios nos indivíduos. Stevanato, Loureiro, Linhares & Marturano (2003) numa investigação com 58 crianças também observaram que haviam diferenças entre os grupos, registando-se um autoconceito geral e específico menor no grupo de crianças com PAE-DL. A mesma ideia é defendida por Siulverman & Zigmond (1993 cit in Simões & Serra, 1987).

Outros estudos em que foi avaliado o autoconceito com crianças com perturbação de aprendizagem, os resultados também apontam para um menor autoconceito quando comparadas com grupos de pares (Bryan & Pearl, 1979). O mesmo foi observado por Chapman, Tunmer & Prochnow (2000). Chapman (1988) realizou uma meta análise sobre a relação entre as dificuldades de aprendizagem e vários aspetos do autoconceito e concluiu que segundo os estudos que datam entre 1974 e 1986, as crianças eram significativamente mais propensas a se verem de forma mais negativa em todos os aspetos. Bruck (1987) observou num estudo com jovens adultos com a PAE-DL que havia um aumento acentuado nas dificuldades de adaptação social.

Neste sentido, grande parte dos estudos com alunos com PAE-DL mostram percepções mais negativas em relação às suas capacidades escolares (Marsh, 1984 cit in Simões & Serra, 1987). Este fenómeno, é mais significativo em crianças mais velhas e com fraco aproveitamento escolar. Estes resultados podem ter por base a experiência de insucesso escolar (Simões e Serra (1987).

O conceito de autoeficácia é segundo a literatura científica uma variável importante no processo de aprendizagem (Yogurtçu, 2013). Segundo Bandura (1997 cit in Yogurtçu, 2013), é a crença que organiza as pessoas para demonstrar um desempenho particular e realizá-lo com sucesso. Taylor, Dufffy & England (2009) relatam que frequentemente os estudantes com PAE-DL apresentam um menor autoconceito académico em comparação com os indivíduos sem a perturbação. O mesmo foi observado num estudo que relacionava o autoconceito académico com a autoeficácia (Bong & Skaalvik, 2003). Burns (1982 cit in Riddick, Sterling, Farmer & Morgan, 1999) numa revisão sobre crianças que realizou concluiu que havia relações entre o desempenho académico e o autoconceito. Não obstante, em estudos onde foram comparadas crianças com PAE-DL em contextos educacionais especiais e regulares, as que estudavam nas escolas especiais apresentavam níveis mais elevados de autoconceito académico (Humphrey, 2002).

Os estudos que foram apresentados anteriormente sugerem que os sujeitos com PAE-DL encontram problemas em diferentes estágios da sua vida. Para além disso, está demonstrado que a perturbação tem efeitos evidentes no autoconceito e na ansiedade.

Os resultados da presente investigação sugerem que apesar do questionário ter sido preenchido on-line, ou seja, sem os participantes com PAE-DL estarem a ser postos à prova de forma direta, existem acontecimentos de vida que podem contribuir para o estado de ansiedade apresentado pelos sujeitos aquando do preenchimento do questionário. No que diz respeito ao autoconceito, o mesmo envolve um forte componente de autoavaliação, e, posto isto, os participantes diferem dos restantes participantes do grupo normativo, dado que, as constantes dificuldades apresentadas diariamente podem contribuir para que os mesmos que vejam como inferiores perante os restantes pares.

3.5 Limitações

Todas as investigações apresentam limitações. Na presente investigação foram observadas algumas limitações dignas de registo.

Uma das limitações presentes foi que não foi possível perceber-se se os adultos com PAE-DL tiveram ou não, intervenção direcionada para a leitura e escrita, mas também para o

desenvolvimento de competências de carácter pessoal, uma vez que este tipo de intervenções pode trazer benefícios no que diz respeito à ansiedade.

Outra limitação foi de não se ter estudado também a ansiedade traço comparando-se as duas, dado que a ansiedade estado poderá não ter sido transmitida pelos sujeitos devido aos questionários estarem disponíveis on-line, sem a avaliação de ninguém, logo não percecionado como uma tarefa de leitura ameaçadora.

Não foi possível avaliar-se o papel do apoio familiar na PAE-DL no processo de adaptação à perturbação e à escola, e de que forma isso contribuiu para que a ansiedade fosse menor alturas onde o indivíduo com PAE-DL esta posto a prova na leitura.

Alguns autores referem que o momento do diagnóstico, ou seja, quanto mais precoce melhor, deixa a criança com PAE-DL mais suscetível de por em causa as suas capacidades, perdendo a motivação. Neste sentido, o estudo não avaliou a altura do diagnóstico e a influência do mesmo para nos resultados registados ao nível do autoconceito e da ansiedade.

Outra importante limitação diz respeito há amostra. O presente estudo foi realizado com participantes dos 18 aos 64 anos de idade, de todo o tipo de profissões, enquanto que, a grande maioria dos estudos, é apenas com crianças ou estudantes universitários, estando os mesmos expostos a tarefas que poem à prova a leitura e a escrita.

Outra observação digna de registo tem a ver com a medição do autoconceito, ou seja, estamos a medir o autoconceito sem saber efetivamente o que leva os participantes a terem uma menor perceção em relação a si mesmo, se a PAE-DL, se algum outro acontecimento de vida significativo.

Por último, mas não menos importante é o tamanho da amostra, o que coloca entraves ao nível da generalização dos resultados à representatividade da população. Para além do mencionado, o estudo ser transversal, com um único momento de avaliação não permite analisar o processo de ajustamento dos participantes com PAE-DL em tarefas de leitura, avaliações e de que forma isso se repercute no seu autoconceito e na sua perceção de autoeficácia.

3.6 Conclusão

A presente investigação tinha como objetivo principal avaliar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre adultos com e sem PAE-DL ao nível da ansiedade e do autoconceito. Pretendia-se também igualmente analisar a influência da escolaridade e da idade nos mesmo grupos de participantes.

Os resultados encontrados neste estudo devem ser interpretados no contexto das suas limitações. Dado os instrumentos utilizados serem de autorrelato e foram preenchidos online, podem os mesmos serem passíveis de enviesamentos.

Apesar das limitações o estudo, permitiu perceber que apesar de alguns autores referirem que a ansiedade é um estado emocional bastante presente na população com PAE-DL o mesmo deve ser integrado num contexto e situação específica. Este aspeto é abordado por outros autores que não encontraram diferenças significativas entre os grupos como é o caso.

Os resultados registados ao nível da autoeficácia e do autoconceito podem também ter por base a altura do diagnóstico de PAE-DL, as práticas que foram empregues na escola, e as dificuldades que os participantes com PAE-DL adultos foram tendo durante o seu percurso de vida e das estratégias para as superar.

Estudos futuros deveriam avaliar a ansiedade estado e a ansiedade traço e analisar o momento do diagnóstico de PAE-DL, que intervenções foram tomadas na altura e que apoio familiar e escolar ocorreram.

4 Bibliografia

- Alesi, M., Rappo, G., & Pepi, A. (2012). Self-esteem at school and self-handicapping in childhood comparison of groups with learning disabilities. *Psychological Reports, 11*(3), 952-962.
- Allen, A., Leonard, H., & Swedo, S. (1995). Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(8), 976-986.
- Alnaim, F. (2016). History of Learning Disabilities: Reflection on the Developmental of the Concept and Assessment. *Global Journal of Human-Social Science, 16*(3), 33-36.
- American Psychiatric Association (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5a Ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (n.d.). The State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Retrieved 19/11/2016, from <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state.aspx>.
- Amorim, E., & Oliveira, G. (2016). Dislexia em perspectiva: Contribuições da psicopedagogia e da Psicologia. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 10*(31), 135-146.
- Andrade, A. (2014). *Análise do desempenho em escrita, desenvolvimento motor e autoconceito em estudantes do ensino fundamental* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre.
- Bartholomeu, D., Sisto, F., & Rueda, F. (2006). Dificuldades de aprendizagem na escrita e características emocionais de crianças. *Psicologia em Estudo, 11*(1), 139-146.
- Batista, M., & Oliveira, S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora, 6*(2), 43-50.
- Berninger, V., & Richards, T. (2002). *Brain literacy for educators and psychologists*. San Diego: Academic Press.
- Bernstein, G., Borchardt, C., & Perwien, A. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(9), 1110-1119.

- Boder, E. (1973). Developmental dyslexia: a diagnostic approach based on three atypical reading-spelling patterns. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 15, 663-687.
- Bogdanowicz, K., Lockiewicz, M., Bogdanowicz, M., & Pachalska, M. (2014). Characteristics of cognitive deficits and writing skills of Polish adults with developmental dyslexia. *Internacional Journal of Psychophysiology*, 93(1), 78-83.
- Bong, M., & Skaalvik, E. (2003). Academic Self-Concept and Self-Efficacy: How Different Are They Really?. *Educational Psychology Review*, 15(1), 1-40.
- Bonini, F., Mari, R., Anjos, S., Joveliano, V., & Teixeira, S. (2010). Problemas Emocionais em um adulto com dislexia: um estudo caso. *Revista Psicopedagogia*, 27(83), 310-322.
- Braga, J., Pordeus, L., Silva, A., Pimenta, F., Diniz, M., & Almeida, R. (2010). Ansiedade Patológica: Bases Neurais e Avanços na Abordagem Psicofarmacológica. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 14(2), 93-100.
- Bruck, M. (1987). The Adult Outcomes of Children with Learning Disabilities. *Annals of Dyslexia*, 37(1), 252-263.
- Bruck, M. (1992). Persistence of dyslexic's phonological awareness. *Developmental Psychology*, 28(5), 874-886.
- Bryan, T., & Pearl, R. (1979). Self Concepts and Locus of Control of Learning Disabled Children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 8, 223-226.
- Burden, R. (2008). Is Dyslexia Necessarily Associated with Negative Feelings of Self-worth? A review and Implications for Future Research. *Dyslexia*, 14(3), 188-196.
- Cabussú, M. (2009). Dislexia e Estresse: Implicações Neuropsicológicas e Psicopedagógicas. *Revista Psicopedagogia*, 26(81), 476-485.
- Caíres, M., & Shinohara, H. (2010). Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(1), 62-84.
- Callens, M., Tops, W., & Brysbaert, M. (2012). Cognitive profile of students who enter higher education with an indication of dyslexia. *PLoS ONE*, 7(6), 1-14.

- Campos, A., Pinheiro, L., & Guimarães, S. (2012). A consciência fonológica, a consciência lexical e o padrão de leitura de alunos com dislexia do desenvolvimento. *Revista Psicopedagogia*, 29(89), 194-207.
- Carawan, L. (2016). Emotional experience with dyslexia and self-esteem: the protective role of perceived family support in late adulthood. *Aging & Mental Health*, 20(3), 284-294.
- Carawan, L., Nalavany, B., & Jenkins, C. (2016). Emotional experience with dyslexia and self-esteem: the protective role of perceived family support in late adulthood. *Aging & Mental Health*, 20(3), 284-294.
- Carneiro, G., Martinelli, S., & Sisto, F. (2003). Autoconceito e dificuldades de aprendizagem na escrita. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 427-434.
- Carroll, J., & Iles, K. (2006). An assessment of anxiety levels in dyslexic students in higher education. *British Journal of Educational Psychology*, 76(3), 651-662.
- Casey, R., Levy, S., Brown, K., & Brooks-Gunn, J. (1992). Impaired emotional health in children with mild reading disability. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 13(4), 256-260.
- Castaño, J. (2003). Bases neurobiológicas del lenguaje y sus alteraciones. *Revista de Neurología*, 36(8), 781-785.
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F., & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 20-23.
- Chapman, J. (1988). Learning disabled children's self-concepts. *Review of Educational Research*, 58(3), 347-371.
- Chapman, J., Lambourne, R., Silva, P. (1990). Some antecedentes of academic self-concept: a longitudinal study. *Journal of Educational Psychology*, 60, 142-152.
- Chapman, J., Tummer, W., & Prochnow, J. (2000). Early reading-related skills and performance, reading self-concept, and the development of academic self-concept: a longitudinal study. *Journal of Educational Psychology*, 92(4), 703-708.
- Coelho, D. (2014). *Dificuldades de aprendizagem específicas*. Porto: Areal Editores.

- Coelho, V., Sousa, V., & Figueira, A. (2014). O impacto de um programa escolar de aprendizagem socioemocional sobre o autoconceito de alunos de 3º ciclo. *Revista de Psicodidática*, 19(2), 347-365.
- Cruz-Rodrigues, C., Barbosa, T., Toledo-Piza, C., Miranda, M., & Bueno, O. (2014). Neuropsychological characteristics of dyslexic children. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(3), 539-546.
- Cruz, V. (2007). *Uma Abordagem Cognitiva da Leitura*. Lisboa: Libel.
- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de Aprendizagem Específicas*. Lisboa: Lidel.
- Dehaene, S. (2012). *Os neurônios da leitura: como a ciência explica a nossa capacidade de ler*. Porto Alegre: Penso.
- Dale, M., & Taylor, B. (2001). How Adult Learners Make Sense of Their Dyslexia. *Disability & Society*, 16(7), 997-1008.
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Piscopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª ed.). São Paulo: Artmed.
- Deuschle, V., & Cechella, C. (2008). O deficit em consciência fonológica e sua relação com a dislexia: diagnóstico e intervenção. *Revista CEFAC*, 11(2), 194-200.
- Díaz, A., Jiménez, J., Mejía, C., & Fabregat, R. (2014). Propriedades psicométricas de la batería de evaluación de procesos cognitivos y de lectura em adultos com dislexia (BEDA). *Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 565-570.
- Dórea, R. (2008). Dislexia. *Revista Online de Literatura e Linguística*, 1(1), 574-584.
- Ebere, C. (2016). Understanding Dyslexia. *ResearchGate*, 1-17. Retrieved 10 de maio 2017, from https://www.researchgate.net/publication/301284556_Understanding_Dyslexia.
- Eden, G., & Zeffiro, T. (1998). Neural systems affected in developmental dyslexia revealed by functional neuroimaging. *Neuron*, 21(2), 279-282.
- Eissa, M. (2010). Behavioral and Emotional Problems Associated with Dyslexia in Adolescence. *Current Psychiatry*, 17(1), 39-47.

- Esteves, M. (2011). *Leitura vs Auto-conceito de alunos com dificuldades de aprendizagem* (Dissertação de Mestardo). Universidade do Minho, Braga.
- Facoetti, A., Lorusso, M., Paganoni, P., Cattaneo, C., Galli, R., Umiltà, C., & Mascetti, G. (2003). Auditory and visual automatic attention deficits in developmental dyslexia. *Cognitive Brain Research*, 16, 185-191.
- Faraone, S. (2003). Report from 4th internacional meeting of the attention deficit hyperactivity disorder molecular genetics network. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 121(1), 55-59.
- Fawcett, A., & Nicolson, R. (1992). Automatisation deficits in balance for dyslexics children. *Perceptual and Motor Skills*, 75(2), 507-529.
- Filomeno, A. & Sousa, B. (2013). A dislexia no processo de ensino-aprendizagem. *Revista Eventos Pedagógicos*, 1-8.
- Fletcher, J, Lyon, G., Fuchs, L., & Barnes, M. (2007). *Learning disabilities: From identification to intervention*. New York: Guilford Press.
- Fletcher, J. (2009). Dyslexia: The evolution of a scientific concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(04), 501-508.
- Galaburda, A., & Geschwind, N. (1980). The human language areas and cerebral asymmetries. *Revue Médicale e Suisse Romande*, 100(2), 119-128.
- Gama, M. (2013). *As dificuldades de aprendizagem da leitura e escrita/dislexia - que caminhos a seguir pelos professores do ensino básico* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa.
- Gerber, P., Schnieders, C., Paradise, L., Reiff, H., Ginsber, R., & Popp, P. (1990). Persisting Problems of Adults with Learning Disabilities: Self-report Comparisons From Thei School-Age and Adult Years. *Journal of Learning Disabilities*, 23(9), 570-573.
- Ghisi, M., Bottesi, G., Re, A., Cerea, S., & Mammarella, I. (2016). Socioemotional Features and Resilience in Italian University Students with and without Dyslexia. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-9.

- Gomides, M., Martins, G., Barbosa, D., Haase, V., & Júlio-Costa, A. (2014). Utilização de técnicas de manejo comportamental e neuropsicológicas para intervenção dos transtornos de aprendizagem. *Interação em Psicologia*, 18(3), 227-285.
- Hall, C., Spruill, K., Webster, R. (2002). Motivational and attitudinal factors in college students with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 2(5), 79-86.
- Hernandez, N., Andersson, F., Edjlali, M., Hommet, C., Cottier, J., Destrieux, C., & Bonnet-Brilhault, F. (2013). Cerebral functional asymmetry and phonological performance in dyslexic adults. *Psychophysiology*, 50(12), 1226-1238.
- Hughes, W., & Dawson, R. (1995). Memories of school: Adult dyslexics recall their school days. *Support for Learning*, 10(4), 181-184.
- Humphrey, N. (2002). Teacher and pupil ratings of self-esteem in developmental dyslexia: the role of teachers and peers. *British Journal of Special Education*, 29(1), 29-36.
- Ingesson, S. (2007). Growing up with Dyslexia: Interviews with Teenagers and Young Adults. *School Psychology International*, 28(5), 574-591.
- Jameson, M. (2007). *Offending E-learning and Dyslexia: The Good Practice Guide. Offender's Learning Journey*.
- Joubert, S., Beauregard, M., Walter, N., Bourgouin, P., Beaudoin, G., Leroux, J., Karama, S., & Lecours, A. (2004). Neural correlates of lexical and sublexical processes in reading. *Brain and Language*, 89(1), 9-20.
- Kahta, S., & Schiff, R. (2016). Implicit learning deficits among adults with developmental dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 66(2), 235-250.
- Kirk, S. (1962). *Educating exceptional children*. Boston: Houghton Mifflin.
- Kline, B. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press.
- Landgraf, S., Beyer, R., Hild, I., Schneider, N., Horn, E., Schaadt, G., Foth, M., Pannekamp, A., & Meer, E. (2012). Impact of phonological processing skills on written language acquisition in illiterate adults. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2(1), 129-138.

- Last, C., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1502-1510.
- Law, J., Wouters, J., & Ghesquiére, P. (2015). Morphological awareness and its role in compensation in adults with dyslexia. *Dyslexia*, 21, 254-272.
- Leather, C., Hogh, H., Seiss, E., & Everatt, J. (2011). Cognitive functioning and work success in adults with dyslexia. *Dyslexia*, 17(4), 327-338.
- Liederman, J., Kantrowitz, L., & Flannery, K. (2005). Male vulnerability to reading disability is not likely to be a myth: A call for new data. *Journal of Learning Disabilities*, 38(2), 109-129.
- Lima, R. (2011). *Sintomas depressivos e funções cognitivas em crianças com dislexia do desenvolvimento* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Lima, R., Salgado, C., & Ciasca, S. (2010). Dislessia Evolutiva. *Rivista di neuroscienze psicologia e scienze cognitive*. 1-18.
- Lima, R., Salgado, C., & Ciasca, S. (2011). Associação da dislexia do desenvolvimento com comorbidade emocional: um estudo de caso. *REVISTA CEFAC*, 13(4), 1-7.
- Lockiewicz, M., Bogdanowicz, K., & Bogdanowicz, M. (2014). Psychological Resources of Adults with Developmental Dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*, 47(6), 543-555.
- López-Escribano, C. (2007). Contribuciones de la neurociência al diagnóstico y tratamiento educativo de la dislexia del desarrollo. *Revista de Neurología*, 44(3), 173-180.
- Lozano, A., Ramírez, M., & Ostrosky-Solís, F. (2003). Neurobiología de la dislexia del desarrollo: una revisión. *Revista de Neurología*, 36(11), 1077-1082.
- Lyon, G., Shaywitz, S., & Shaywitz, B. (2003). A definition of dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 53, 1-14.
- Maag, J., & Reid, R. (2006). Depression among students with learning disabilities: assessing the risk. *Journal of Learning Disabilities*, 39(1), 3-10.

- Maciel, P. (2016). *Autoconceito, autoestima e crenças de autoeficácia em alunos do 7º ano do 3º ciclo do ensino básico com dislexia* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Maroco, K. (2010) *Análise estatística: com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Mascheretti, S., Bureau, A., Trezzi, V., Giorda, R., & Marino, C. (2015). An assessment of gene-by-gene interactions as a tool to unfold missing heritability in dyslexia. *Human Genetics*, 134(7), 749-760.
- Massi, G. A. (2007). *A dislexia em questão*. São Paulo: Plexus.
- Massi, G., & Santana, A. (2011). A desconstrução do conceito de dislexia: conflito entre verdades. *Paidéia*, 21(50), 403-411.
- McNulty, M. (2003). Dyslexia and the life course. *Journal of Learning Disabilities*, 36(4), 363-381.
- Melo, R. & Correa, J. (2013). Consciência Fonológica e a aprendizagem da leitura e escrita por adultos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(2), 460-479.
- Menezes, M., Chaves, J., & Silva, J. (2015). Dislexia e suas implicações no processo de ensino aprendizagem da leitura e escrita. In Atlas 2º Congresso Internacional Psicologia, Educação e Cultura, Vila Nova de Gaia.
- Miller-Shaul, S. (2005). The characteristics of young and adult dyslexics readers on Reading and Reading-related cognitive tasks as compared to normal readers. *Dyslexia*, 11, 132-151.
- Moll, K. & Landerl, K. (2009). Double Dissociation Between Reading and Spelling Deficits. *Scientific Studies of Reading*, 13(5), 359-382.
- Moller, J, Streblov, L., & Pohlmann, B. (2009). Achievement and self-concept of students with learning disabilities. *Social Psychology of Education*, 12(1), 113-122.
- Monroe, M. (1932). *Children who cannot read: The analysis of reading disabilities and the use of diagnostic tests in the instruction of retarded readers*. Chicago: University of Chicago Press.

- Montanari, R. (2015). *Uma análise sobre dislexia na escola* (Dissertação de Licenciatura). Universidade Estadual Paulista.
- Mooken, S., Bassôa, A., & Gonçalves, H. (2016). Características da dislexia de desenvolvimento e sua manifestação na idade adulta. *Revista Psicopedagogia*, 33(100), 50-59.
- Morgan, E. & Klein, C. (2000) *The dyslexic Adult in a non-dyslexic world*. London: Whurr.
- Morgan, W. (1896). A Case of Congenital Word Blindness. *British Medical Journal*, 2(1871), 1378.
- Moura, O. (2014). *Avaliação Neuropsicológica na Dislexia de Desenvolvimento* (Tese de Doutorado). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Mugnaini, D., Lassi, S., Malfa, G., & Albertini, G. (2009). Internalizing correlates of dyslexia. *World Journal Pediatric*, 5(4), 255-264.
- Nelson, J. (2015). Examination of the double-deficit hypothesis with adolescents and young adults with dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 65(3), 159-177.
- Nelson, J., & Gregg, N. (2012). Depression and Anxiety Among Transitioning Adolescents and College Students With ADHD, Dyslexia, or Comorbid ADHD/Dyslexia. *Journal of Attention Disorders*, 16(3), 244-254.
- Nelson, J., Lindstrom, W., & Foels, P. (2015). Test Anxiety Among College Students With Specific Reading Disability (Dyslexia): Nonverbal Ability and Working Memory as Predictors. *Journal of Learning Disabilities*, 48(4), 422-432.
- Nergard-Nilssen, T., & Hulme, C. (2014). Developmental dyslexia in adults: behavioural manifestations and cognitive correlates. *Dyslexia*, 20(3), 191-207.
- Nicolson, R., & Fawcett, A. (2005). Developmental dyslexia, learning and the cerebellum. *Journal of Neural Transmission*, 69, 19-36.
- Nogueira, A. (2014). Perfil de pesquisas relacionadas à dislexia: revisão de literatura. *Revista Psicopedagogia*, 31(94), 73-81.
- Novita, S. (2016). Secondary symptoms of dyslexia: a comparison of self-esteem and anxiety profiles of children with and without dyslexia. *European Journal of Special Needs Education*, 31(2), 279-288.

- Portal da Dislexia (n.d.). O que é a Dislexia. Retrieved 16 de junho de 2017, from <https://dislexia.pt>.
- Paiva, M., & Lourenço, A. (2011). Rendimento académico: influência do autoconceito e do ambiente da sala de aula. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 393-402.
- Paixão, W., Paixão, R., & Paixão, V. (2015). Dislexia: Construir-Desconstruir-Reconstruir. *Anais*, 8(1), 1-14.
- Peixoto, F. (2003). *Auto-estima, autoconceito e dinâmicas relacionais em contexto escolar* (Dissertação de Doutoramento). Universidade do Minho, Braga.
- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, 1(22), 235-244.
- Perfetti, C. (2003). The universal grammar of reading. *Scientific Studies of Reading*, 7(1), 3-24.
- Pestun, M., Ciasca, S. & Gonçalves, V. (2002). A importância da equipe interdisciplinar no diagnóstico de dislexia do desenvolvimento. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(2-A), 328-332.
- Peterson, R., & Pennington, B. (2012). Developmental dyslexia. *Lancet*, 379(9830), 1997-2007.
- Pinto, M. (2013). *Viver com Dislexia* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa.
- Ramus, F. (2003). Developmental dyslexia: specific phonological deficit or general sensorimotor dysfunction?. *Current Opinion in Neurobiology*, 13(2), 212-218.
- Ramus, F., Rosen, S., Dakin, S., Day, B., Castellote, J., White, S., Frith, U. (2003). Theories of developmental dyslexia: insights from a multiple case study of dyslexic adults. *Brain*, 126(4), 841-865.
- Reid, G. (2016). *Dyslexia. A practitioner's Handbook* (5ª Ed.). MA: Wiley Blackwell.
- Reiff, H., & Gerber, P. (1990). Cognitive Correlates of Social Perception in Students with Learning Disabilities, *Journal of Learning Disabilities*, 23(4), 260-262.

- Reis, I., & Peixoto, F. (2013). "Os meus pais só me criticam" - Relações entre práticas educativas parentais (perfeccionismo e crítica) e a autoestima, o autoconceito académico, a motivação e a utilização de estratégias de self-handicapping. *Análise Psicológica*, 4(31), 343-358.
- Ribeiro, E., Barros, P. & Chamon, E. (2012). A relevância do diagnóstico interdisciplinar da dislexia. *Revista Ciências Humanas - Universidade de Taubaté*, 5(1-2), 127-140.
- Richardson, S. (1992). Historical Perspectives on Dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*, 25(1), 40-47.
- Riddick, B. 1995. Dyslexia and development: An interview study. *Dyslexia: An International Journal of Research and Practice*, 1, 63-74.
- Riddick, B., Sterling, C., Farmer, M., & Morgan, S. (1999). Self-Steem and Anxiety in the Educational Histories of Adult Dyslexic Students. *Dyslexia*, 5(4), 227-248.
- Ridsdale, J. (2004). Dyslexia and Self-Steem. Em Turner, M., & Rack, J. *The Study of Dyslexia* (pp. 249-279). New York: Kluwer Academic publishers.
- Sacchetto, K. (2012). *Expressão da linguagem escrita por disléxicos adultos em processo seletivo* (Dissertação de Mestrado). Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.
- Sako, E. (2016). The Emotional and Social Effects of Dyslexia. *European Journal of Interdisciplinary Studies*, 4(2), 233-241.
- Santos, M., & Maluf, M. (2010). Consciência fonológica e linguagem escrita: efeitos de um programa de intervenção. *Educar em Revista*, 38, 57-71.
- Schirmer, C., Fontoura, D., & Nunes, M. (2004). Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. *Journal of Pediatrics*, 80(2), 95-103.
- Schumacker, R., & Lomax, R. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Shaywitz, B. A., Lyon, G. R., & Shaywitz, S. E. (2006). The role of functional magnetic resonance imaging in understanding reading and dyslexia. *Developmental Neuropsychology*, 30(1), 613-632.

- Shaywitz, S. (2008). *Vencer a Dislexia - Como dar resposta às perturbações da leitura em qualquer fase da vida*. Porto: Porto Editora.
- Shaywitz, S., Mody, M., & Shaywitz, B. (2006). Neural Mechanisms in Dyslexia. *Current Directions in Psychological Science*, 15(6), 278-281.
- Shessel, I., & Reiff, H. (1999). Experiences of adults with learning disabilities: Positive and negative impacts and outcomes. *Learning Disability Quarterly*, 22(4), 305-316.
- Silva, D. (2003). O Inventário de Estado-Traço (STAI). In Gonçalves, M., Simões M., Almeida, L., & Machado, C. (2006). *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa* (2ª ed). Coimbra: Quarteto.
- Silva, E. (2012). *A autoestima em crianças com dislexia* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Simões, M., & Serra, A. (1987). *A importância do auto-conceito na aprendizagem escolar*. Separata da Revista Portuguesa de Pedagogia.
- Snowling M. (2000). *Dyslexia*. Oxford: Blackwell.
- Soares, H., Reis, M., Aquino, K., & Assis, J. (2010). Diagnóstico precoce da dislexia: importância da equipe multidisciplinar. *Revista Mineira de Educação Física*, 5, 209-218.
- Soares, Z., Siquara, G., Santana, A., Pereira, J., Silva, V., Cardoso, T., & Freitas, P. (2013). Intervenção cognitivo-comportamental para crianças com dificuldades psicolinguísticas: reabilitação neuropsicológica. *Revista Ciência em Extensão*, 9(2), 6-18.
- Stampoltzis, A., & Polychronopoulou, S. (2009). Greek university students with dyslexia: na interview study. *European Journal of Special Needs Education*, 24(3), 307-321.
- Stanovich, K. (1996). Toward a More Inclusive Definition of Dyslexia. *Dyslexia*, 2(3), 154-166.
- Stein, J., & Walsh, V. (1997). To see but not to read; the magnocellular theory of dyslexia. *Trends in Neurosciences*, 20(84), 147-152.

- Stevanato, I., Loureiro, S., Linhares, M., & Marturano, E. (2003). Autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. *Psicologia em Estudo*, 8(1), 67-76.
- Tabaquim, M., Dauruiz, S., Prudenciatti, S., & Niquerito, A. (2016). Concepção de professores do ensino fundamental sobre dislexia do desenvolvimento. *Revista Brasileira de Estudos Pedadógicos*, 97(245), 131-146.
- Tallal, P. (1980). Auditory temporal perception, phonics, and Reading disabilities in children. *Brain Lang*, 9(2), 182-198.
- Tamboer, P., Vorst, H., & Oort, F. (2014). Identifying dyslexia in adults: an iterative method using the predictive value of item scores and self-report questions. *Annals of Dyslexia*, 64(1), 34-56.
- Taylor, M., Duffy, S., & England, D. (2009). Teaching students with dyslexia in higher education. *Education + Training*, 51(2), 139-149.
- Teles, P. (2004). Dislexia: Como identificar? Como intervir?. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20(7), 13-30.
- Thomson, M., & Hartley, G. (1980). Self-Concept in Dyslexic Children. *Academic Therapy*, 16(1), 19-36.
- Torppa, M., Lyytinen, P., Erskine, J., Eklund, k., & Lyytinen, H. (2010). Language Development, literacy skills, and predictive connections to Reading in finnish children with and without familial risk for dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*, 43(4), 308-321.
- Tunmer, W., & Greaney, K. (2010). Defining Dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*, 43(3), 229-243.
- Undheim, A. (2003). Dyslexia and psychosocial factos. A follow-up study of young Norwegian adults with a history of dyslexia in childhood. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(3), 221-226.
- Vale, A., Sucena, A., & Viana, F. (2011). Prevalência da dislexia entre crianças do 1º ciclo do ensino básico falantes do português europeu. *Revista Lusófona de Educação*, 18, 45-56.

- Vaz-Serra, A. (1986). O “Inventário Clínico de Auto-Conceito”. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.
- Vaz-Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2(6), 101-110.
- Vellutino, F., Fletcher, J., Snowling, M., & Scanlon, D. (2004). Specific reading disability (dyslexia): What have we learned in the past four decades?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 2-40.
- Walker, J. (2014). Dyslexia: Causes, Performance Differences, and Treatment. *Angelo State University Social Sciences Research Journal*, 1(2), 1-12.
- Willcutt, E., & Pennington, B. (2000). Psychiatric comorbidity in children and adolescents with Reading disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(8), 1039-1048.
- Willcutt, E., Pennington, B., Olson, R., & Defries, J. (2007). Understanding comorbidity: a twin study of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 144(6), 709-714.
- Wilson, A., Andrewes, S., Struthers, H., Rowe, V., Bogdanovic, R., & Waldie, K. (2015). Dyscalculia and dyslexia in adults: cognitive bases of comorbidity. *Learning and Individual Differences*, 37, 118-132.
- Yogurtçu, K. (2013). The impact of self-efficacy perception on reading comprehension on academic achievement. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 70, 375-386.
- Zeffiro, T., & Eden, G. (2000). The neural basis of developmental dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 50, 3-30.
- Zorzi, J., & Ciasca, S. (2009). Análise de erros ortográficos em diferentes problemas de aprendizagem. *Revista CEFAC*, 11(3), 406-416.

5 Anexos

Tabela 25 - Tabela Parâmetro da normalidade (assimetria e curtose) STAY Fatores

		Valid	343
N		Missing	0
	Skewness		,246
Std. Error of Skewness		,448	
Kurtosis		-,924	
Std. Error of Kurtosis		,872	

Tabela 26 - Tabela Parâmetro da normalidade (assimetria e curtose) ICAC Fatores

		ICAC-F1- Aceitação/rejeição Social	ICAC-F2- Auto-Eficácia	ICAC-F3- Maturidade psicológica	ICAC-F4- Impulsividade- Actividade	ICAC - Total
N	Valid	343	343	343	343	343
	Missing	0	0	0	0	0
Skewness		-,466	-,288	-,455	-,654	-,325
Std. Error of Skewness		,132	,132	,132	,132	,132
Kurtosis		,971	-,177	,754	1,071	,725
Std. Error of Kurtosis		,263	,263	,263	,263	,263

Tabela 27 - Tabela Normalidade Hipótese 1

Tests of Normality							
	[Dislexia]	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
STAY-Y1	Sim	,147	27	,137	,960	27	,378
	Não	,063	316	,004	,974	316	,000
*. This is a lower bound of the true significance.							
a. Lilliefors Significance Correction							

Tabela 28 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 1

Descriptives					
		[Dislexia]	Statistic	Std. Error	
STAY-Y1	Sim	Mean	43,1481	2,43707	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	38,1387	
			Upper Bound	48,1576	
		5% Trimmed Mean	42,8477		
		Median	44,0000		
		Variance	160,362		
		Std. Deviation	12,66340		
		Minimum	23,00		
		Maximum	70,00		
		Range	47,00		
		Interquartile Range	19,00		
		Skewness	,246	,448	
		Kurtosis	-,924	,872	
	Não	Mean	38,8892	,53988	
		95% Confidence Interval for Mean	37,8270		
			39,9515		
		5% Trimmed Mean	38,5169		
		Median	38,0000		
		Variance	92,105		
		Std. Deviation	9,59714		
		Minimum	23,00		
		Maximum	68,00		
		Range	45,00		
Interquartile Range	14,00				
Skewness	,476	,137			
Kurtosis	-,180	,273			

Tabela 29 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 1

Group Statistics					
	[Dislexia]	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
STAY-Y1	Sim	27	43,1481	12,66340	2,43707
	Não	316	38,8892	9,59714	,53988

Tabela 30 - Tabela t-student Hipótese 1 STAY

Independent Samples Test										
Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means								
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
STAY-Y1	Equal variances assumed	7,061	,008	2,153	341	,032	4,25891	1,97788	,36853	8,14928
	Equal variances not assumed			1,706	28,609	,099	4,25891	2,49616	-,84934	9,36716

Tabela 31 - Tabela Normalidade Hipótese 2 (Fator 1)

Tests of Normality							
	[Dislexia]	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ICAC-F1-Aceitação/rejeição Social	Sim	,177	27	,029	,914	27	,029
	Não	,125	316	,000	,967	316	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 32 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 2 (Fator 1)

Descriptives						
		[Dislexia]		Statistic	Std. Error	
		Mean				
ICAC-F1-Aceitação/rejeição Social	Sim	Mean		17,92593	,533563	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		16,82917	
			Upper Bound		19,02268	
		5% Trimmed Mean		18,04321		
		Median		18,00000		

		Variance	7,687		
		Std. Deviation	2,772474		
		Minimum	10,000		
		Maximum	24,000		
		Range	14,000		
		Interquartile Range	3,000		
		Skewness	-,911	,448	
		Kurtosis	2,285	,872	
	Não	Mean	18,66772	,175907	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18,32162	
			Upper Bound	19,01382	
		5% Trimmed Mean	18,74613		
		Median	19,00000		
		Variance	9,778		
		Std. Deviation	3,127000		
		Minimum	7,000		
		Maximum	25,000		
		Range	18,000		
		Interquartile Range	3,000		
		Skewness	-,458	,137	
Kurtosis	,924	,273			

Tabela 33 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 2 (Fator 1)

Group Statistics					
	[Dislexia]	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ICAC-F1-Aceitação/rejeição Social	Sim	27	17,92593	2,772474	,533563
	Não	316	18,66772	3,127000	,175907

Tabela 34 - Tabela t-student Hipótese 2 (Fator 1) ICAC

Independent Samples Test	
Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means

		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Differenc e	Std. Error Differenc e	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
ICAC-F1- Aceitação/rejeiçã o Social	Equal variance s assumed	,903	,343	1,193	341	,234	-,741796	,621840	1,96492	,481330
	Equal variance s not assumed			1,320	31,928	,196	-,741796	,561812	1,886270	,402679

Tabela 35 - Tabela Normalidade Hipótese 2 (Fator 2)

Tests of Normality							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
[Dislexia]		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ICAC-F2-Auto-Eficácia	Sim	,107	27	,200*	,968	27	,559
	Não	,088	316	,000	,984	316	,002
*. This is a lower bound of the true significance.							
a. Lilliefors Significance Correction							

Tabela 36 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 2 (Fator 2)

Descriptives					
		[Dislexia]	Statistic	Std. Error	
ICAC-F2-Auto-Eficácia	Sim	Mean	20,96296	,856484	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	19,20243	
			Upper Bound	22,72349	
		5% Trimmed Mean	20,90329		
		Median	20,00000		
		Variance	19,806		
		Std. Deviation	4,450423		
		Minimum	13,000		
		Maximum	30,000		
		Range	17,000		
		Interquartile Range	4,000		

		Skewness		,148	,448
		Kurtosis		-,291	,872
	Não	Mean		22,58861	,196527
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	22,20194	
			Upper Bound	22,97528	
		5% Trimmed Mean		22,65471	
		Median		23,00000	
		Variance		12,205	
		Std. Deviation		3,493540	
		Minimum		11,000	
		Maximum		30,000	
		Range		19,000	
		Interquartile Range		5,000	
		Skewness		-,296	,137
		Kurtosis		-,166	,273

Tabela 37 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 2 (Fator 2)

Group Statistics					
	[Dislexia]	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ICAC-F2-Auto-Eficácia	Sim	27	20,96296	4,450423	,856484
	Não	316	22,58861	3,493540	,196527

Tabela 38 - Tabela t-student Hipótese 2 (Fator 2) ICAC

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ICAC-F2-Auto-	Equal variances assumed	2,231	,136	-	341	,024	-1,625645	,716905	3,035758	,215531

Eficácia	Equal							
variances	not	1,850	28,803	,075	-1,625645	,878742	3,423408	,172119
	assumed							

Tabela 39 - Tabela Normalidade Hipótese 2 (Fator 3)

Tests of Normality							
	[Dislexia]	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ICAC-F3-Maturidade psicológica	Sim	,168	27	,048	,927	27	,057
	Não	,104	316	,000	,965	316	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 40 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 2 (Fator 3)

Descriptives					
		[Dislexia]		Statistic	Std. Error
		ICAC-F3-Maturidade psicológica	Sim	Mean	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			13,88732	
	Upper Bound			15,89045	
5% Trimmed Mean				14,98765	
Median				15,00000	
Variance				6,410	
Std. Deviation				2,531848	
Minimum				9,000	
Maximum				19,000	
Range				10,000	
Interquartile Range				4,000	
Skewness				-,725	,448
Kurtosis				-,063	,872
NÃO	Mean			15,37342	,133195
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15,11135		
		Upper Bound	15,63548		
	5% Trimmed Mean		15,43249		
	Median		15,00000		
	Variance		5,606		
Std. Deviation		2,367731			

		Minimum	7,000	
		Maximum	20,000	
		Range	13,000	
		Interquartile Range	3,000	
		Skewness	-,429	,137
		Kurtosis	,837	,273

Tabela 41 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 2 (Fator 3)

Group Statistics					
	[Dislexia]	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ICAC-F3-Maturidade psicológica	Sim	27	14,88889	2,531848	,487254
	Não	316	15,37342	2,367731	,133195

Tabela 42 - Tabela t-student Hipótese 2 (Fator 3) ICAC

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
ICAC-F3-Maturidade psicológica	Equal variances assumed	,251	,617	-,1015	341	,311	-,484529	,477327	1,423404	,454347
	Equal variances not assumed			-,959	30,017	,345	-,484529	,505132	1,516121	,547063

Tabela 43 - Tabela Normalidade Hipótese 2 (Fator 4)

Tests of Normality							
	[Dislexia]	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ICAC-F4-Impulsividade-	Sim	,157	27	,087	,933	27	,081

Actividade	Não	,120	316	,000	,937	316	,000
a. Lilliefors Significance Correction							

Tabela 44 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 2 (Fator 4)

Descriptives					
		[Dislexia]		Statistic	Std. Error
		ICAC-F4-Impulsividade- Actividade	Sim	Mean	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			10,79945	
	Upper Bound			12,38574	
5% Trimmed Mean				11,58848	
Median				12,00000	
Variance				4,020	
Std. Deviation				2,004980	
Minimum				8,000	
Maximum				15,000	
Range				7,000	
Interquartile Range				3,000	
Skewness				,240	,448
Kurtosis			-,693	,872	
Não	Mean		12,08228	,108131	
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	11,86953	
			Upper Bound	12,29503	
	5% Trimmed Mean		12,17932		
	Median		12,00000		
	Variance		3,695		
	Std. Deviation		1,922185		
	Minimum		4,000		
	Maximum		15,000		
	Range		11,000		
	Interquartile Range		2,000		
	Skewness		-,736	,137	
Kurtosis		1,337	,273		

Tabela 45 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 2 (Fator 4)

Group Statistics					
	[Dislexia]	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ICAC-F4-Impulsividade- Actividade	Sim	27	11,59259	2,004980	,385858
	Não	316	12,08228	1,922185	,108131

Tabela 46 - Tabela t-student Hipótese 2 (Fator 4) ICAC

Independent Samples Test										
Levene's Test for Equality of Variances										
t-test for Equality of Means										
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ICAC-F4-Impulsividade- -Actividade	Equal variances assumed	,369	,544	1,266	341	,206	-,489686	,386695	1,250295	,270923
	Equal variances not assumed			1,222	30,229	,231	-,489686	,400723	1,307813	,328441

Tabela 47 - Tabela Normalidade Hipótese 2 (Total)

Tests of Normality							
	[Dislexia]	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ICAC - Total	Sim	,142	27	,170	,953	27	,254
	Não	,066	316	,002	,983	316	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 48 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 2 (Total)

Descriptives					
		[Dislexia]	Statistic	Std. Error	
ICAC - Total	Sim	Mean	65,37037	1,873604	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	61,51912	
			Upper Bound	69,22162	
		5% Trimmed Mean	65,35802		
		Median	66,00000		
		Variance	94,781		
		Std. Deviation	9,735534		
		Minimum	44,000		
		Maximum	88,000		
		Range	44,000		
		Interquartile Range	7,000		
		Skewness	-,231	,448	
		Kurtosis	,935	,872	
	Não	Mean	68,71203	,490279	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	67,74739	
			Upper Bound	69,67666	
		5% Trimmed Mean	68,90577		
		Median	69,00000		
		Variance	75,958		
		Std. Deviation	8,715393		
		Minimum	37,000		
		Maximum	89,000		
		Range	52,000		
Interquartile Range	10,000				
Skewness	-,320	,137			
Kurtosis	,740	,273			

Tabela 49 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 2 (Total)

Group Statistics					
	[Dislexia]	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ICAC - Total	Sim	27	65,37037	9,735534	1,873604
	Não	316	68,71203	8,715393	,490279

Tabela 50 - Tabela t-student Hipótese 2 (Total) ICAC

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
ICAC	Equal variances assumed	,059	,808	-1,894	341	,059	-3,341655	1,763897	-6,811143	,127833	
	Total variances not assumed			-1,725	29,671	,095	-3,341655	1,936690	-7,298742	,615432	

Tabela 51 - Tabela Normalidade Hipótese 3

Tests of Normality							
	Stay	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ICAC - Total	Baixa Ansiedade	,244	12	,046	,927	12	,352
	Elevada Ansiedade	,202	15	,102	,902	15	,104
*. This is a lower bound of the true significance.							
a. Lilliefors Significance Correction							

Tabela 52 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 3

Descriptives					
	Stay	Statistic		Std. Error	
ICAC - Total	Baixa Ansiedade	Mean		70,58333	2,336983
		95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	65,43967
				Upper Bound	75,72700
		5% Trimmed Mean		70,20370	
		Median		68,50000	
		Variance		65,538	
		Std. Deviation		8,095547	

		Minimum	60,000	
		Maximum	88,000	
		Range	28,000	
		Interquartile Range	11,000	
		Skewness	,943	,637
		Kurtosis	,556	1,232
	Elevada Ansiedade	Mean	61,20000	2,346629
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	56,16698
			Upper Bound	66,23302
		5% Trimmed Mean	61,50000	
		Median	64,00000	
		Variance	82,600	
		Std. Deviation	9,088454	
		Minimum	44,000	
		Maximum	73,000	
		Range	29,000	
		Interquartile Range	12,000	
		Skewness	-,783	,580
		Kurtosis	-,410	1,121

Tabela 53 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 3

Group Statistics					
	Stay	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ICAC - Total	Baixa Ansiedade	12	70,58333	8,095547	2,336983
	Elevada Ansiedade	15	61,20000	9,088454	2,346629

Tabela 54 - Tabela t-student Hipótese 3

Independent Samples Test								
Levene's Test for Equality of Variances			t-test for Equality of Means					
F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper

Equal										
variances	,226	,639	2,796	25	,010	9,383333	3,356173	2,471165	16,295502	
ICAC assumed										
- Equal										
Total variances			2,833	24,664	,009	9,383333	3,311821	2,557796	16,208871	
not assumed										

Tabela 55 - Tabela Normalidade Hipótese 4

Tests of Normality ^a							
	Habilitações	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
STAY-Y1	Sim + Sem Frequência Acadêmica	,100	14	,200*	,968	14	,842
	Sim + Frequência Acadêmica	,231	13	,056	,916	13	,219
	Não + Sem Frequência Acadêmica	,123	89	,002	,973	89	,056
	Não + Frequência Acadêmica	,068	227	,012	,971	227	,000
ICAC-Total	Sim + Sem Frequência Acadêmica	.228	14	.046	.908	14	.146
	Sim + Frequência Acadêmica	.164	13	.200*	.923	13	.271
	Não + Sem Frequência Acadêmica	.059	89	.200*	.981	89	.220
	Não + Frequência Acadêmica	.067	227	.016	.982	227	.005
*. This is a lower bound of the true significance.							
a. Lilliefors Significance Correction							

Tabela 56 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 4 (STAY)

Descriptives ^a				
	Habilitações	Statistic		Std. Error
		Mean	95% Confidence Interval for Mean	
STAY-Y1	Sim + Sem Frequência Acadêmica	Mean	45,4286	3,41573
		Lower Bound	38,0493	
		Upper Bound	52,8078	

		5% Trimmed Mean	45,1429		
		Median	44,5000		
		Variance	163,341		
		Std. Deviation	12,78048		
		Minimum	26,00		
		Maximum	70,00		
		Range	44,00		
		Interquartile Range	22,75		
		Skewness	,100	,597	
		Kurtosis	-,492	1,154	
	Sim + Frequência Acadêmica	Mean	40,6923	3,48510	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	33,0989	
			Upper Bound	48,2857	
			5% Trimmed Mean	40,4915	
			Median	35,0000	
			Variance	157,897	
			Std. Deviation	12,56572	
			Minimum	23,00	
			Maximum	62,00	
			Range	39,00	
			Interquartile Range	20,50	
			Skewness	,454	,616
			Kurtosis	-1,127	1,191
		Não + Sem Frequência Acadêmica	Mean	39,8202	1,04612
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	37,7413	
			Upper Bound	41,8992	
			5% Trimmed Mean	39,5393	
			Median	38,0000	
			Variance	97,399	
			Std. Deviation	9,86910	
			Minimum	23,00	
			Maximum	68,00	
			Range	45,00	
			Interquartile Range	15,50	
			Skewness	,369	,255
		Kurtosis	-,467	,506	
	Não + Frequência Acadêmica	Mean	38,5242	,62958	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	37,2836	

		for Mean	Upper Bound	39,7648	
		5% Trimmed Mean		38,1074	
		Median		38,0000	
		Variance		89,976	
		Std. Deviation		9,48558	
		Minimum		23,00	
		Maximum		67,00	
		Range		44,00	
		Interquartile Range		14,00	
		Skewness		,520	,162
		Kurtosis		-,020	,322

Tabela 57 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 4 (ICAC)

Descriptives ^a					
	Habilitações		Statistic	Std. Error	
ICAC- Total	Sim + Sem Frequência Acadêmica	Mean		65,00000	2,438248
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	59,73248	
			Upper Bound	70,26752	
		5% Trimmed Mean		64,72222	
		Median		65,00000	
		Variance		83,231	
		Std. Deviation		9,123090	
		Minimum		47,000	
		Maximum		88,000	
		Range		41,000	
		Interquartile Range		7,000	
		Skewness		,667	,597
		Kurtosis		3,165	1,154
		Sim + Frequência Acadêmica	Mean		65,76923
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	59,29287	
			Upper Bound	72,24559	
	5% Trimmed Mean		66,13248		
	Median		68,00000		

		Variance	114,859		
		Std. Deviation	10,717228		
		Minimum	44,000		
		Maximum	81,000		
		Range	37,000		
		Interquartile Range	12,500		
		Skewness	-,897	,616	
		Kurtosis	,538	1,191	
	Não + Sem Frequência Acadêmica	Mean	68,07865	1,064592	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	65,96300	
			Upper Bound	70,19431	
		5% Trimmed Mean	68,36205		
		Median	68,00000		
		Variance	100,869		
		Std. Deviation	10,043343		
		Minimum	37,000		
		Maximum	86,000		
		Range	49,000		
		Interquartile Range	13,500		
		Skewness	-,320	,255	
		Kurtosis	,219	,506	
		Não + Frequência Acadêmica	Mean	68,96035	,540739
			95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	67,89482
	Upper Bound			70,02589	
	5% Trimmed Mean		69,08957		
	Median		69,00000		
	Variance		66,375		
	Std. Deviation		8,147056		
	Minimum		40,000		
	Maximum		89,000		
Range	49,000				
Interquartile Range	9,000				
Skewness	-,271		,162		
Kurtosis	,957	,322			

Tabela 58 - Tabela Report Hipótese 4 (STAY)

Report			
STAY-Y1			
Habilitações	Mean	N	Std. Deviation
Sim + Sem Frequência Acadêmica	45,4286	14	12,78048
Sim + Frequência Acadêmica	40,6923	13	12,56572
Não + Sem Frequência Acadêmica	39,8202	89	9,86910
Não + Frequência Acadêmica	38,5242	227	9,48558

Tabela 59 - Tabela Report Hipótese 4 (ICAC)

Report			
ICAC-Total			
Habilitações	Mean	N	Std. Deviation
Sim + Sem Frequência Acadêmica	65.00000	14	2.438248
Sim + Frequência Acadêmica	65.76923	13	2.972424
Não + Sem Frequência Acadêmica	68.07865	89	1.064592
Não + Frequência Acadêmica	68.96035	227	.540739

Tabela 60 - Tabela Anova Hipótese 4 STAY

ANOVA					
STAY-Y1					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	709,776	3	236,592	2,436	,065
Within Groups	32923,938	339	97,121		
Total	33633,714	342			

Tabela 61 - Tabela Anova Hipótese 4 ICAC

ANOVA					
ICAC - Total					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	331.457	3	110.486	11.422	.236
Within Groups	26337.400	339	77.691		
Total	26668.857	342			

Tabela 62 - Tabela Normalidade Hipótese 5

Testes de Normalidade							
Habilitações Literárias	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.	
STAIY1T	Até ao 4º ano	,191	4	.	,979	4	,894
	Até ao 6º ano	,385	3	.	,750	3	,000
	Bacharelato	,352	4	.	,846	4	,213
	Doutoramento	,278	9	,044	,827	9	,042
	Ensino básico (Até ao 9º ano)	,174	18	,156	,923	18	,149
	Ensino Secundário (até ao 12º ano)	,101	78	,047	,970	78	,059
	Licenciatura pós-Bolonha	,069	114	,200 [†]	,967	114	,007
	Licenciatura pré-Bolonha	,072	46	,200 [†]	,989	46	,939
	Mestrado pós-Bolonha	,128	55	,025	,939	55	,008
	Mestrado pré-Bolonha	,157	12	,200 [†]	,947	12	,592
ICAC - Total	Até ao 4º ano	,197	4	.	,989	4	,951
	Até ao 6º ano	,328	3	.	,871	3	,298
	Bacharelato	,245	4	.	,926	4	,572
	Doutoramento	,196	9	,200 [†]	,889	9	,193
	Ensino básico (Até ao 9º ano)	,123	18	,200 [†]	,942	18	,316
	Ensino Secundário (até ao 12º ano)	,071	78	,200 [†]	,983	78	,403
	Licenciatura pós-Bolonha	,108	114	,002	,978	114	,053
	Licenciatura pré-Bolonha	,133	46	,040	,923	46	,005
	Mestrado pós-Bolonha	,096	55	,200 [†]	,957	55	,049
	Mestrado pré-Bolonha	,222	12	,105	,902	12	,168

Tabela 63 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 5

Descriptive Statistics				
	[Dislexia]	Mean	Std. Deviation	N
STAY-Y1	Sim	43,1481	12,66340	27

	Não	38,8892	9,59714	316
	Total	39,2245	9,91686	343
ICAC - Total	Sim	65,37037	9,735534	27
	Não	68,71203	8,715393	316
	Total	68,44898	8,830578	343

Tabela 64 - Tabela Tests of between-subjects effects Hipótese 5

Tests of Between-Subjects Effects						
Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	STAY-Y1	634,625 ^a	2	317,312	3,269	,039
	ICAC - Total	287,429 ^b	2	143,714	1,852	,158
Intercept	STAY-Y1	31686,213	1	31686,213	326,473	,000
	ICAC - Total	71743,743	1	71743,743	924,623	,000
Habilitações	STAY-Y1	183,441	1	183,441	1,890	,170
	ICAC - Total	9,662	1	9,662	,125	,724
DoençaPréviaDislexia	STAY-Y1	383,620	1	383,620	3,953	,048
	ICAC - Total	262,829	1	262,829	3,387	,067
Error	STAY-Y1	32999,089	340	97,056		
	ICAC - Total	26381,429	340	77,592		
Total	STAY-Y1	561360,000	343			
	ICAC - Total	1633714,000	343			
Corrected Total	STAY-Y1	33633,714	342			
	ICAC - Total	26668,857	342			
a. R Squared = ,009 (Adjusted R Squared = ,003)						
b. R Squared = ,012 (Adjusted R Squared = ,007)						

Tabela 65 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 5

	Mean	Standard Deviation
STAY-Y1	43,1481	12,66340
ICAC - Total	65,37037	9,735534

Tabela 66 - Tabela Mancova Hipótese 5

Multivariate Tests ^a						
Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	,875	1184,863 ^b	2,000	339,000	,000
	Wilks' Lambda	,125	1184,863 ^b	2,000	339,000	,000
	Hotelling's Trace	6,990	1184,863 ^b	2,000	339,000	,000
	Roy's Largest Root	6,990	1184,863 ^b	2,000	339,000	,000
Habilitações	Pillai's Trace	,006	1,013 ^b	2,000	339,000	,364
	Wilks' Lambda	,994	1,013 ^b	2,000	339,000	,364
	Hotelling's Trace	,006	1,013 ^b	2,000	339,000	,364
	Roy's Largest Root	,006	1,013 ^b	2,000	339,000	,364
DoençaPréviaDislexia	Pillai's Trace	,014	2,455 ^b	2,000	339,000	,087
	Wilks' Lambda	,986	2,455 ^b	2,000	339,000	,087
	Hotelling's Trace	,014	2,455 ^b	2,000	339,000	,087
	Roy's Largest Root	,014	2,455 ^b	2,000	339,000	,087
a. Design: Intercept + Habilitações + DoençaPréviaDislexia						
b. Exact statistic						

Tabela 67 - Tabela Normalidade Hipótese 6 (STAY)

Tests of Normality							
	Idade_2	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
STAY-Y1	Inferior a 40 anos	,076	274	,001	,971	274	,000
	Superior a 40 anos	,064	69	,200*	,972	69	,118
*. This is a lower bound of the true significance.							
a. Lilliefors Significance Correction							

Tabela 68 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 6 (STAY)

Descriptives				
	Idade_2	Statistic	Std. Error	
STAY-Y1	Inferior a 40 anos	Mean	39,0657	,59395
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	37,8964
			Upper Bound	40,2350
		5% Trimmed Mean	38,6642	
		Median	38,0000	
		Variance	96,662	

		Std. Deviation	9,83170		
		Minimum	23,00		
		Maximum	70,00		
		Range	47,00		
		Interquartile Range	14,00		
		Skewness	,540	,147	
		Kurtosis	-,069	,293	
	Superior a 40 anos	Mean	39,8551	1,23967	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	37,3814	
			Upper Bound	48,25014	
		5% Trimmed Mean	42,3288		
		Median	39,5435		
		Variance	39,0000		
		Std. Deviation	106,038		
		Minimum	10,29745		
		Maximum	23,00		
		Range	63,00		
		Interquartile Range	40,00		
		Skewness	15,00		
		Kurtosis	,346	,289	

Tabela 69 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 6 (STAY)

Group Statistics					
	Idade_2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
STAY-Y1	Inferior a 40 anos	274	39,0657	9,83170	,59395
	Superior a 40 anos	69	39,8551	10,29745	1,23967

Tabela 70 - Tabela Normalidade Hipótese 6 (ICAC)

Tests of Normality							
	Idade_2	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ICAC - Total	Inferior a 40 anos	,064	274	,009	,983	274	,003
	Superior a 40 anos	,096	69	,186	,967	69	,065
a. Lilliefors Significance Correction							

Tabela 71 - Tabela Assimetria e Curtose Hipótese 6 (ICAC)

Descriptives					
	Idade_2		Statistic	Std. Error	
ICAC - Total	Inferior a 40 anos	Mean		68,61679	,521442
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	67,59023	
			Upper Bound	69,64335	
		5% Trimmed Mean		68,75791	
		Median		69,00000	
		Variance		74,501	
		Std. Deviation		8,631394	
		Minimum		37,000	
		Maximum		89,000	
		Range		52,000	
		Interquartile Range		10,000	
		Skewness		-,261	,147
		Kurtosis		,843	,293
		Superior a 40 anos	Mean		67,78261
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	65,47187	
			Upper Bound	70,09335	
	5% Trimmed Mean		68,10064		
	Median		68,00000		
	Variance		92,526		
	Std. Deviation		9,619022		
	Minimum		44,000		
	Maximum		86,000		
	Range		42,000		
	Interquartile Range		10,500		
Skewness		-,481	,289		
Kurtosis		,344	,570		

Tabela 72 - Tabela Estatística Descritiva Hipótese 6 (ICAC)

Group Statistics					
	Idade_2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ICAC - Total	Inferior a 40 anos	274	68,61679	8,631394	,521442
	Superior a 40 anos	69	67,78261	9,619022	1,157994

Tabela 73 - Tabela t-student Hipótese 6 STAY

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
STAY-Y1	Equal variances assumed	,341	,560	-,590	341	,555	-,78938	1,33701	3,41921	1,84045
	Equal variances not assumed			-,574	101,472	,567	-,78938	1,37461	3,51609	1,93733

Tabela 74 - Tabela t-student Hipótese 6 ICAC

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
ICAC - Total	Equal variances assumed	,929	,336	,701	341	,484	,834180	1,190309	-1,507093	3,175452
	Equal variances not assumed			,657	97,375	,513	,834180	1,269981	-1,686258	3,354618