



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Sintomatologia Psicopatológica e Falhas Cognitivas em adultos com Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura (PAE-DL)

Paula Susana Gonçalves Guerreiro

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

VERSÃO DEFINITIVA APÓS DEFESA

Orientador: Prof^a. Doutora Fátima Simões
Co-orientadores: Prof. Doutor Paulo Rodrigues
Prof. Doutor Luís Maia

Covilhã, outubro de 2017

Citação

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José Saramago

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes.”

Marthin Luther King

Agradecimentos

No decorrer deste difícil caminho, que tantas lutas, batalhas, dificuldades me proporcionou, eu não poderia de deixar de agradecer às pessoas que me acompanharam, me ouviram, me apoiaram e sobretudo nunca me deixarem desistir.

Em primeiro lugar, a mim própria por toda a garra, força, coragem, esforço e luta constante.

À minha FILHA, pois foi por ela que eu entrei nesta batalha. Tenho consciência que lhe roubei muitos momentos, por vezes a atenção que necessitava, mas filha foi por Ti, foi por Nós.

À minha família, por toda a motivação e apoio que desde sempre me prestaram neste meu longo e difícil percurso.

À minha orientadora Professora Doutora Fátima Simões e aos meus coorientadores, Professor Doutor Paulo Rodrigues e Professor Doutor Luís Maia, pelo apoio, empenho e acompanhamento ao longo de todo o percurso académico.

A toda a equipa do Centro Comunitário das Minas da Panasqueira pela compreensão, força, apoio e incentivo que me prestaram desde o primeiro dia, e em especial à Dra. Helena por tudo o que fez por mim. O meu sincero MUITO OBRIGADA!

A todos os meus colegas de faculdade e deste projeto, por todo o companheirismo, ajuda e compreensão, em especial às minhas amigas, Tânia e Daniela.

A todos os conhecidos, vizinhos e outros pelo respeito e carinho que sempre me prestaram.

Por último, a DEUS por nunca me ter abandonado e me ter ensinado o verdadeiro sentido de nunca desistir.

Resumo

A Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura (PAE-DL) é uma dificuldade de aprendizagem que surge nos primeiros anos escolares, tornando-se crónica e persistente até à idade adulta. Contudo, afeta as características psicológicas e cognitivas dos adolescentes e jovens adultos portadores desta perturbação, resultando muitas vezes nas mais diversas formas de psicopatologia, comprometendo em maior ou menor grau, as atividades diárias. Posto isto, a presente investigação propôs-se a estudar sintomas psicopatológicos (somatização; obsessão/compulsão; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranoide; psicoticismo) e falhas cognitivas (memória; atenção; função motora) numa amostra composta por adultos com e sem PAE-DL. Participaram neste estudo 387 sujeitos, com idades compreendidas entre 18 e 65 ($M=31,1$; $DP= 10,5$), na sua maioria pertencente ao género feminino ($n=288$; 75%). Os resultados do estudo mostram diferenças estatisticamente significativas de sintomas psicopatológicos e de falhas cognitivas entre adultos com e sem PAE-DL. Para além do mencionado, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de sintomas psicopatológicos quanto ao género masculino entre adultos com e sem PAE-DL, contrariamente ao género feminino. Quanto às falhas cognitivas verificam-se diferenças estatisticamente significativas em ambos os géneros. Por último, também se verificou uma correlação positiva entre os sintomas psicopatológicos e as falhas cognitivas, quanto ao género feminino, em adultos com PAE-DL, embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas face ao género masculino. Podemos concluir que os sintomas psicopatológicos e as falhas cognitivas são duas variáveis associadas à PAE-DL, podendo as mesmas comprometer a vida do sujeito nos mais diferentes níveis (pessoal, profissional, académico).

Palavras-chave

Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura; Sintomas Psicopatológicos; Falhas Cognitivas.

Abstract

Specific Learning Disability with Reading Deficit (DL-EPA) is a learning disability that arises in the early school years, becoming chronic and persistent into adulthood. However, it affects the psychological and cognitive characteristics of adolescents and young adults with this disorder, often resulting in the most diverse forms of psychopathology, affecting to a greater or lesser extent daily activities. The present study aimed to study psychopathological symptoms (somatization, obsession/compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, psychoticism) and cognitive failures (memory, attention, motor function) in a composite sample by adults with and without DL-EPA. A total of 387 subjects, aged 18-65 ($M = 31.1$; $SD = 10.5$), mostly female ($n = 288$; 75%) participated in this study. The results of the study show statistically significant differences of psychopathological symptoms and cognitive failures between adults with and without DL-EPA. In addition to the above, no statistically significant differences in psychopathological symptoms were found for males between adults with and without DL-EPA, contrary to the female gender. Regarding cognitive failures, there are statistically significant differences in both genders. Finally, there was also a positive correlation between psychopathological symptoms and cognitive failures, as for the female gender, in adults with DL-EPA, although no statistically significant differences were found in relation to the male gender. We can conclude that psychopathological symptoms and cognitive failures are two variables associated with DL-EPA, which can compromise the life of the subject at different levels (personal, professional, academic).

Keywords

Specific Learning Disability with Reading Deficit; Psychopathological Symptoms; Cognitive Failures.

Índice

Introdução	1
CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1. Perturbação da aprendizagem específica com défice na leitura (PAE-DL)	3
1.1.1. Evolução histórica do conceito de PAE-DL	3
1.1.2. Definição de PAE-DL	4
1.1.3. Tipos de PAE-DL	4
1.1.4. Classificação da PAE-DL	5
1.1.5. Comorbilidade na PAE-DL	6
1.1.6. Diagnóstico da PAE-DL	7
1.1.7. Avaliação da PAE-DL	7
1.1.8. Intervenção na PAE-DL	8
1.1.9. Teorias explicativas da PAE-DL	9
1.2. Sintomas Psicopatológicos e Falhas Cognitivas na PAE-DL	9
1.2.1. Sintomas Psicopatológicos	9
1.2.2. Falhas Cognitivas	12
CAPÍTULO 2 - ESTUDO EMPÍRICO	15
2.1. Objetivos e hipóteses do estudo	15
2.2. Método	15
2.2.1. Participantes	15
2.2.2. Instrumentos	21
2.3. Procedimentos	25
CAPÍTULO 3 - RESULTADOS	27
CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	41
Referências	43
ANEXOS	49

Lista de Figuras

Figura 1. Percentagens relativas ao género dos participantes	16
Figura 2. Percentagens relativas ao estado civil dos participantes.....	19
Figura 3. Percentagens relativas ao agregado familiar dos participantes	19
Figura 4. Percentagens relativas às habilitações literárias dos participantes	20
Figura 5. Percentagens das respostas dadas pelos participantes à questão: está atualmente doente?	20
Figura 6. Percentagens relativas às patologias diagnosticadas dos participantes.....	21
Figura 7. Médias das relações entre o BSI e a presença de dislexia	30
Figura 8. Médias das relações entre o QFC e a presença de dislexia	31
Figura 9. Médias das relações entre o BSI e a presença de dislexia para o género masculino .	33
Figura 10. Médias das relações entre o QFC e a presença de dislexia para o género masculino	34
Figura 11. Médias das relações entre o BSI e a presença de dislexia para o género feminino .	36
Figura 12. Médias das relações entre o QFC e a presença de dislexia para o género feminino	37

Lista de Tabelas

Tabela 1- Estatísticas descritivas da idade dos participantes	15
Tabela 2- Percentagens relativas à nacionalidade dos participantes	16
Tabela 3- Percentagens relativas ao país de residência dos participantes	17
Tabela 4- Percentagens relativas ao distrito de residência dos participantes	18
Tabela 5- Cálculo da consistência interna do BSI	24
Tabela 6- Cálculo da consistência interna do QFC	25
Tabela 7- Teste da Normalidade	28
Tabela 8- Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney das relações entre o BSI e a presença de dislexia	29
Tabela 9- Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney das relações entre o QFC e a presença de dislexia	31
Tabela 10- Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney das relações entre o BSI e a presença de dislexia para o género masculino	32
Tabela 11- Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney das relações entre o QFC e a presença de dislexia para o género masculino	33
Tabela 12- Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney das relações entre o BSI e a presença de dislexia para o género feminino	35
Tabela 13- Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney das relações entre o QFC e a presença de dislexia para o género feminino	36
Tabela 14- Correlação entre o BSI e o QFC para o género masculino	38
Tabela 15- Correlação entre o BSI e o QFC para o género feminino	39

Lista de Acrónimos

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BSI	Inventário de Sintomatologia Psicopatológica
CFQ	Cognitive Failures Questionnaire
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DA	Dificuldades de Aprendizagem
DPLP	Dicionário Priberam da Língua Portuguesa
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
K-S	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
PAE-DL	Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura
PHDA	Perturbação de Hiperatividade e Défice da Atenção
QFC	Questionário de Falhas Cognitivas
QI	Quociente de Inteligência
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>

Introdução

A presente dissertação de mestrado integra, antes de mais, um desafio de um grupo de investigadores (docentes e mestrandos), com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a PAE-DL numa população muito particular, ADULTOS. Uma vez que a literatura nos apresenta uma panóplia de estudos sobre a perturbação sobretudo em crianças, com este trabalho pretende-se explorar variáveis tais como sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com e sem PAE-DL.

As Dificuldades de Aprendizagem (DA) dizem respeito a um conjunto de desordens neurológicas advindas de défices no sistema nervoso central que trazem repercussões para os sujeitos, ao nível da capacidade para processar, manter e transmitir informação de uma forma eficiente (Grinblat & Rosenblum, 2016; Scanlon, 2013). Assim, subjacente à palavra “aprendizagem” está associada a palavra “escola”. E é quando nos confrontamos com o contexto escolar, que percebemos o vasto leque de características e particularidades entre alunos, que os caracterizam quanto às dificuldades e especificidades individuais no decorrer do seu processo de aprendizagem (Hemsing & Skrypsack, s.d.).

Nos dias atuais aparenta existir uma forte relação entre as dificuldades de aprendizagem e um atraso na aquisição da linguagem, podendo dividir-se os problemas de aprendizagem em dois campos, os de base biológica e os de base psicossocial (Schirmer, Fontoura, & Nunes, 2004; Soares, et al., 2013).

A leitura e a escrita são dois elementos fundamentais no processo de comunicação humana e ambas estão ligadas quer à aprendizagem, quer à utilização da linguagem (Bruning, Schraw, & Ronning, 2002). A leitura é uma capacidade humana que nos distingue dos outros animais, remetendo para a compreensão de que os sistemas de escrita representam unidades da linguagem falada (Eden & Zeffiro, 1998; Perfetti, 2003). A escrita corresponde a uma forma de comunicação, conseguida pelo ser humano após a sua capacidade de linguagem oral ter sido adquirida (Sacchetto, 2012).

A perturbação da aprendizagem específica (PAE) é diagnosticada quando existem declínios específicos na capacidade de um sujeito entender ou processar informação de forma eficiente e com precisão e, manifesta-se durante os primeiros anos de escolaridade. É caracterizada por dificuldades constantes e incapacitantes na aprendizagem de capacidades académicas elementares de leitura, matemática e/ou escrita. No entanto, o desempenho do sujeito nas capacidades académicas afetadas é marcadamente abaixo da média para a idade ou apenas onde são atingidos os níveis aceitáveis de desempenho dado os esforços extraordinários (APA, 2014).

A dislexia é ainda recente e pouco explicada, sendo também raros os instrumentos de avaliação que foram alvo de aferição para a população portuguesa. A raridade do diagnóstico de dislexia em adultos portugueses passa por isso mesmo: “a própria construção e administração desses instrumentos é em si mesma custosa, pois exige formação específica,

tempo considerável, recursos laboratoriais, administração individual e disponibilidade das pessoas avaliadas” (Alves & Castro, 2005, p.2).

O objetivo principal deste estudo consiste, essencialmente, em avaliar sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas entre adultos com e sem PAE-DL. Assim, pretende-se compreender a relação entre este e os factos abordados em estudos nacionais e internacionais, e desta forma retirar os melhores resultados e conclusões possíveis. Por esta razão, este trabalho divide-se em quatro partes: a primeira diz respeito ao enquadramento teórico do estudo; a segunda corresponde ao estudo empírico, que inclui o método, participantes, instrumentos e os procedimentos, apresentar-se-á ainda os resultados, e discussão e conclusões, assim como limitações e sugestões para eventuais futuros estudos.

CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Perturbação da aprendizagem específica com défice na leitura (PAE-DL)

1.1.1. Evolução histórica do conceito de PAE-DL

A evolução do conceito de dislexia, tem vindo a ocorrer ao longo do tempo, primitivamente com as dificuldades de leitura e escrita, definidas por “afasia”, ou seja, a afasia caracterizava-se por uma perda ou diminuição da capacidade em utilizar e compreender palavras, originada a partir de uma lesão cerebral (Marques, 2014). Em 1881, Berklan reconhece pela primeira vez o conceito de dislexia como algo que se adquiria e desenvolvia após o nascimento. Contudo, só em 1896 Rudolf Berlin, um oftalmologista alemão, cunha o conceito de dislexia supondo que as dificuldades na área da leitura teriam a sua origem numa doença cerebral e não numa lesão cerebral, defendendo que os modelos específicos de leitura dos disléxicos podem surgir sem a presença de um traumatismo craniano grave (Marques, 2014). Pringle Morgan, mais tarde em 1896, designa o termo de “cegueira verbal” como uma incapacidade quase total ao nível da linguagem escrita (Teles, 2004). Com o decorrer do tempo passou a ser denominado de “cegueira verbal congénita”, de “dislexia congénita”, de “estrefossimbolia”, de “alexia do desenvolvimento”, de “dislexia constitucional”, e “parte das perturbações de linguagem, caracterizada por um défice no processamento verbal dos sons” (Kussmaul, 1877; Macdonald, 2015; Morgan, 1896; Paixão, Paixão, & Paixão, 2015).

Na década de 60, deu-se menor importância aos aspectos biológicos da dislexia, apontando os problemas emocionais, afectivos e a “imaturidade” na origem das dificuldades de leitura (Chiland, 1973). Em 1968, a Federação Mundial de Neurologia, define dislexia como “uma dificuldade na aprendizagem da leitura, apesar se serem utilizados métodos de ensino convencionais, as crianças não conseguem atingir as habilidades linguísticas de leitura, escrita e ortografia compatíveis com as suas capacidades intelectuais (Nicolson, Fawcett, & Dean, 2001).

Em 1994, o Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais DSM IV, inclui a dislexia nas Perturbações de Aprendizagem, utilizando a terminologia de “Perturbações da Leitura e da Escrita” e onde são estabelecidos vários critérios de diagnóstico (APA, 1996). Em 2003, a Associação Internacional de Dislexia apresenta uma nova definição de dislexia, que é atualmente aceite por toda a comunidade científica, como

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 leitora, experiência de leitura reduzida que pode impedir o desenvolvimento do vocabulário e dos conhecimentos gerais. (Lyon, Shaywitz, & B., 2003, p.1-14).

1.1.2. Definição de PAE-DL

Do ponto de vista etimológico a palavra dislexia, atualmente designada por perturbação da aprendizagem específica com déficit na leitura pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), deriva do grego e significa ausência ("dys") da linguagem ("lexia") (Richardson, 1992). A dislexia apresenta-se como uma perturbação do foro neurológico, quanto às características dos constituintes do cérebro, apresentadas por manifestações de caráter cognitivo e comportamental (Inácio, 2015), e ainda se caracteriza como crónica e persistente, comprometendo consideravelmente as atividades diárias e o rendimento escolar face à exigência das aptidões de leitura e/ou escrita (Laranjeira, 2015). Segundo Cruz (1999), a dislexia é vista como uma perturbação da linguagem que se manifesta na dificuldade de aprendizagem de leitura e escrita, isto é, dificuldade em distinguir ou memorizar letras ou grupo de letras, assim como na ordenação, ritmo e estruturação das frases. O termo dislexia é o mais usado para descrever as dificuldades de aprendizagem ao nível da linguagem escrita e falada (Cruz, 1999).

De acordo com Ribeiro (2008), a dislexia caracteriza-se por uma dificuldade em aprender a escrever, recordar letras, pronunciar palavras e discriminar sons específicos de letras. Neste contexto, são várias as definições de dislexia, no entanto, grande parte dos autores apresentam-na como uma dificuldade para a leitura, encontrando-se afetada a aptidão para a compreensão as letras e as palavras como símbolos, ficando deste modo comprometida a capacidade para integrar o significado do material escrito (Ribeiro F. L., 2008).

1.1.3. Tipos de PAE-DL

A dislexia classifica-se em dois tipos distintos: dislexias adquiridas e dislexias evolutivas ou desenvolvimentais (Cruz, 1999). Ainda a este propósito Moojen, Bassôa, e Gonçalves (2016) referem que a dislexia adquirida tem origem numa lesão cerebral levando à perda da habilidade de compreensão do significado da informação escrita e do desenvolvimento, surgindo nos primeiros anos escolares e persistindo até à idade adulta. Segundo Inácio (2015) as atividades da idade adulta exigem de certa forma exigências ao nível da leitura e da escrita, e uma vez que o indivíduo já não se encontra num contexto formal de aprendizagem, vai permitir-lhe um domínio sobre as suas dificuldades, camuflando a dislexia

e ao mesmo tempo dificultando a identificação das suas manifestações (Inácio, 2015; Moojen, Bassôa, & Gonçalves, 2016).

Bautista (1997) atribui a designação dislexia adquirida aos indivíduos que perderam a capacidade de leitura em consequência de uma lesão cerebral. O autor cita, ainda, que têm sido dadas duas definições para a dislexia evolutiva que é definida, por um lado como «ausência» de critérios, isto é, dificuldades no processo de leitura sem outras causas possíveis: baixo quociente de inteligência (QI), escolaridade pobre, défices sensoriais, etc., e, por outro lado, pelo atraso na leitura inesperado em relação ao QI e a um défice linguístico (Bautista, 1997).

Assim, a dislexia evolutiva ou desenvolvimental apresenta-se como um grave défice na aquisição da leitura, embora não haja uma lesão cerebral e a inteligência não se encontre comprometida, não podendo ser excluídos os problemas emocionais, desfavorecimento sociocultural, falta de oportunidades educativas adequadas ou um desenvolvimento pobre da linguagem oral (Cruz, 1999).

1.1.4. Classificação da PAE-DL

Quanto à classificação da perturbação, esta é apresentada de forma distinta pelos principais sistemas de classificação, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) (Moojen, Bassôa, & Gonçalves, 2016). No DSM 5, os critérios de diagnóstico da perturbação da aprendizagem específica com défice na leitura identificam-se a partir das dificuldades para aprender e usar capacidades académicas (critério A), incluindo a leitura imprecisa ou lenta e esforçada; dificuldade na compreensão do significado da informação que lê; dificuldade em soletrar; dificuldade na expressão escrita; dificuldade no domínio do sentido dos números, factos numéricos ou cálculo e dificuldades no raciocínio matemático. As dificuldades nos domínios apresentados dentro do critério A, confirmadas por meio de testes padronizados administrados individualmente, devem afetar significativamente o desempenho académico ou ocupacional ou nas atividades da vida diária que exigem capacidades de leitura (critério B). Sendo que essas dificuldades tenham início durante os primeiros anos escolares, podem não se manifestar até que as exigências pelas capacidades académicas excedam as capacidades limitadas do indivíduo (critério C). Por último, as dificuldades não devem ser explicadas pela presença de incapacidade intelectual, acuidade visual ou auditiva não corrigida, outras perturbações mentais ou neurológicas, adversidade psicossocial, falta de proficiência na língua da instrução académica ou educacional inadequada (APA, 2014).

A CID 10 caracteriza a PAE-DL pela identificação de um significativo comprometimento do desenvolvimento nas capacidades da leitura, não atribuído exclusivamente à idade mental, a défices da acuidade visual ou escolarização inadequada. A compreensão da leitura, o reconhecimento das palavras, a leitura oral e o desempenho de

tarefas que exigem leitura podem estar comprometidos. Esta perturbação de leitura inclui, com alguma frequência, dificuldades de soletração (Moojen, Bassôa, & Gonçalves, 2016).

1.1.5. Comorbilidade na PAE-DL

No que concerne à comorbilidade, vários estudos fundamentam que a dislexia está associada com outras perturbações, assinalando como as mais frequentes as seguintes: perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), disortografia e discalculia. Ocorrem, também, em concomitância perturbações da linguagem, da coordenação motora, do comportamento, do humor, e a perturbação de oposição e desafio (Teles, 2004).

Segundo Almeida e Vaz (2005), a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) diz respeito a uma perturbação do comportamento de base genética, implicada por fatores neurológicos e neuropsicológicos, que provocam alterações na atenção, impulsividade e atividade motora, manifestando-se de uma forma mais frequente e mais austera do que é observado tipicamente noutras pessoas.

A disortografia, segundo Almeida e Vaz (2005), corresponde a uma dificuldade para a escrita ortograficamente correta, ou seja, é uma perturbação caracterizada por uma dificuldade em escrever as palavras de forma correta (presença de muitos erros ortográficos), e, por conseguinte, apresenta recorrentes e persistentes dificuldades em constituir textos escritos. As dificuldades de aprendizagem relacionadas com a ortografia e sintaxe, focam-se na estruturação e organização incorreta das frases (inacabadas, com falta de elementos) e composição de textos escritos (frases curtas e de pobre conteúdo, articulação incorreta de ideias).

No que diz respeito à sílaba e à palavra revela-se a inversão da ordem das letras, omissão, adição ou substituição de letras, repetição. A nível gramatical existem dificuldades em identificar categorias gramaticais, dividir orações, compreender noções temporais e utilizar, corretamente, os tempos verbais. Existe a possibilidade de haver uma disortografia (erros ao nível da escrita) sem que esteja presente uma dislexia. No entanto, quando há um diagnóstico de dislexia, como consequência, pode existir uma disortografia mais ou menos manifesta.

Ainda de acordo com Almeida e Vaz (2005), a discalculia refere-se a uma perturbação idêntica à dislexia, mas na área da matemática. É uma perturbação de carácter desenvolvimental, isto é, não resulta de uma lesão cerebral ou de défices intelectuais. Corresponde a uma perturbação estrutural na capacidade matemática e da simbolização dos números, especificamente na aquisição das competências aritméticas, como a compreensão do mecanismo da numeração, a retenção do vocabulário matemático, desenvolvimento do raciocínio lógico, a utilização correta dos símbolos numéricos e a realização eficaz, sobretudo, nas operações inversas. Manifestam-se, habitualmente, nas dificuldades de ordenação, nas operações básicas e nos cálculos elementares, nos erros na disposição dos

algarismos e na organização de parcelas, na incompreensão das relações espaciais e de quantidade, na confusão de sinais e perda de elementos, bem como nos enunciados (Almeida & Vaz, 2005).

1.1.6. Diagnóstico da PAE-DL

O reconhecimento da dislexia no sujeito passa por complexo processo devido ao número de fatores que é necessário controlar para assegurar o rigor e a precisão. A identificação terá implicações na intervenção, ou seja, uma intervenção adequada e eficaz depende de um diagnóstico preciso e rigoroso. O diagnóstico da dislexia é de extrema importância para que se possa determinar as dificuldades específicas manifestas por um disléxico, e deverá ser feito num primeiro instante por um médico (Nielsen, 1999).

Outros autores, Torres e Fernández (2001) apontam-nos uma avaliação estruturada, sugerindo uma avaliação neuropsicológica e linguística, na qual os testes aglomerem vários fatores: semântica, sintaxe, a psicomotricidade, percepção viso auditiva e a lateralidade. Os mesmos autores, suscitam que uma equipa multidisciplinar, composta por um docente da Educação Especial, por psicólogo, psicomotricista, fonoaudiólogo, neurologista, etc., deve iniciar uma cuidadosa investigação, garantindo uma maior abrangência do processo de avaliação, certificando a necessidade do parecer de outros profissionais (neurologista, oftalmologista), consoante o caso. A equipa deve apurar todas as possibilidades antes de confirmar ou excluir o diagnóstico de dislexia (Torres & Fernández, 2001).

Por último, um diagnóstico rigoroso e preciso deve ser feito e confirmado por um Neurologista, uma vez que a dislexia é de origem neurológica que dificulta a aquisição da leitura, e conseqüentemente da escrita, causando prejuízos no sujeito no desempenho social, profissional e afetivo. Após o diagnóstico da dislexia, o encaminhamento deve ser feito em conformidade com as particularidades de cada indivíduo, permitindo obter resultados mais consistentes (Torres & Fernández, 2001).

1.1.7. Avaliação da PAE-DL

A avaliação da dislexia é um aspeto fundamental na delineação de estratégias de intervenção, e deve ser feita ao nível do desenvolvimento das capacidades de leitura, aprofundando e localizando com precisão todos os aspetos que se observam. É importante estar-se atento e intervir quando se começam a manifestar as primeiras dificuldades (Bautista, 1997).

Segundo Torres e Fernández (2001), para que uma avaliação da dislexia e dos fatores associados seja feita de forma correta, devemos avaliar as áreas neuropsicológicas e linguísticas, permitindo assim, uma avaliação ao nível comportamental (i.e., os défices na

leitura) e os problemas associados. A avaliação neuropsicológica permite despistar a natureza da dificuldade na leitura, obtendo informação sobre as capacidades da criança, permitindo identificar se tem origem comportamental ou de uma lesão neurológica, ao passo que, a avaliação psicolinguística debruça-se nos processos envolvidos na leitura (Torres & Fernández, 2001).

Em Portugal, a avaliação da dislexia com recurso a instrumentos padronizados torna-se facilitada, tornando o processo mais eficaz e preciso, quer para o clínico que avalia a criança, quer para o professor que a avalia diariamente no processo de ensino/aprendizagem (Sucena, Castro, & Seymour, 2009), no entanto, a avaliação de adultos revela um grande desafio pela falta de instrumentos (Peres & Mousinho, 2017).

1.1.8. Intervenção na PAE-DL

Atualmente, a problemática da dislexia tem sido alvo de uma diversidade de práticas e estudos, apontando como ponto comum que a redução em dislexia é feita em função das áreas deficitárias identificadas no sujeito. Ribeiro e Batista (2006), suscitam cada caso sujeito possui “um padrão específico de problemas, sendo possível, caso sejam conhecidos, adaptar a reeducação aos casos concretos”. (Ribeiro & Batista, 2006, p.41).

Existem métodos específicos de reeducação criados por diversos profissionais (professores, psicólogos, neurologistas e psiquiatras), com o intuito de minimizar falhas na aprendizagem da leitura e da escrita e no sujeito com dislexia (Santos, 1984).

De acordo com Santos (1984), os métodos de reeducação mais falados são: o método Gillingham, o método dinamarquês, o método combinado, o método de Kocher, o método de Bourcier e o método de Chassagny. Torres e Fernández (2001), apresentam um conjunto de procedimentos e técnicas de intervenção/reeducação em dislexia em diversas áreas, como: a educação multissensorial (focada na consciência fonológica), a educação psicomotora (centrada no esquema corporal), o desenvolvimento psicolinguístico (assente na receção, descodificação e associação auditiva e visual, gramática e expressão verbal) e o treino da leitura e da escrita (estabelecido através dos métodos analítico/fonético e sintético/visual) (Santos, 1984; Torres & Fernández, 2001).

Em Portugal, apresentam-se o método Distema, de Paula Teles e Leonor Machado, e o método criado por Teresa Oliveira Alves e coordenado por Helena Serra nos “*Cadernos de Reeducação Pedagógica*”, como os mais utilizados na reeducação em dislexia (Teles, 2004, p.727).

A seleção de um método depende da gravidade da dislexia e das características específicas do indivíduo com dislexia, podendo, inclusivamente, haver combinações de métodos (Santos, 1984).

1.1.9. Teorias explicativas da PAE-DL

Não existe apenas uma abordagem para a PAE-DL. Esta distinção pode ser feita dependendo do profissional e dos testes usados para o diagnóstico (testes fonoaudiológicos, pedagógicos, psicológicos e neurológicos), com bases teóricas distintas.

Relativamente à etiologia da PAE-DL, a teoria mais aceita atualmente pela maioria dos investigadores, é a teoria do déficit fonológico. Segundo esta teoria, a PAE-DL advém de um déficit no sistema de processamento fonológico causado por uma “disrupção” no sistema neurológico cerebral, quanto ao processamento fonológico e especialmente na consciência fonológica (i.e., a capacidade de processar e manipular a estrutura sonora das palavras) (Teles, 2004). Este déficit dificulta a discriminação e processamento dos sons, a consciência de que a linguagem é composta por palavras, as palavras por sílabas e as sílabas por fonemas, e que os fonemas são a representação gráfica do alfabeto (Teles, 2004). É de referir que este déficit dificulta apenas a descodificação, mantendo intactas as restantes competências cognitivas superiores (e.g., inteligência geral, vocabulário, sintaxe, discurso, raciocínio, formação de conceitos) (Teles, 2004; Shaywitz, 2008). Já para a teoria do déficit de automatização a PAE-DL caracteriza-se por um déficit generalizado na capacidade de automatização, (i.e., dificuldade em descodificar palavras, realizar uma leitura fluente, corrente e compreensiva, de forma automática) advindo da incapacidade do cerebelo o realizar (Nicolson, Fawcett, & Dean, 2001; Teles, 2004). Por último, a teoria magnocelular confirma a PAE-DL a partir de um déficit específico na transferência das informações sensoriais visuais para as áreas primárias do córtex. De acordo com esta teoria, os indivíduos disléxicos manifestam pouca sensibilidade face a estímulos com pouco contraste (Teles, 2004).

1.2. Sintomas Psicopatológicos e Falhas Cognitivas na PAE-DL

1.2.1. Sintomas Psicopatológicos

A psicopatologia é a ciência que estuda as perturbações mentais e comportamentos anormais, investigando os fenómenos psíquicos patológicos conscientes manifestos pelo ser humano (Bonomi & Lotufo-Neto, 2010).

Os sintomas psicopatológicos apresentam-se como formas de vivência e de comportamento reconhecidos como iguais ou similares, para além do que é habitual na vida quotidiana dos sujeitos (Scharfetter, 2005), e apresentam-se em duas dimensões: indicadores/índices e como símbolos (Dalgarrondo, 2008). Como indicador, o sintoma

representa uma disfunção presente no organismo passando a ser denominado pelo paciente como símbolo linguístico. No estudo destes sintomas, tem-se em conta a sua forma (i.e., a sua estrutura básica), semelhante nos diversos pacientes (labilidade afetiva, alucinações, etc.), assim como o seu conteúdo, correspondendo a aspetos mais pessoais do sujeito. No geral, alguns sintomas referem-se a alterações neuronais, como os sintomas neurológicos primários (paralisias, anestésias, perdas sensoriais, etc.), ou os sintomas neuropsicológicos (afasias, agnosias, apraxias, amnésias, etc.). Deste modo, ao avaliar-se o mal-estar sintomático que vai desde o mal-estar psicológico, com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal-estar mórbido, o indivíduo faculta informação sobre o tipo de sintomatologia que o mais perturba (Dalgarrondo, 2008).

Bonomi e Lotufo-Neto (2010) suscitam que as alterações da afetividade estão entre as manifestações dos principais sintomas psicopatológicos. Todavia, elevados níveis de emoção negativa estão altamente associados a diversas psicopatologias, pois, consistem num fator de vulnerabilidade não específica para o desenvolvimento da perturbação psicológica (Ferraz, Tavares & Zilberman, 2007, citado por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2010). De acordo com a perspetiva que assume que os processos de tomada de decisão com diferentes níveis de complexidade vão depender diretamente da associação emocional feita pelo sujeito quando experiencia diferentes situações quotidianas, sublinha-se a importância da capacidade para aceitar e valorar as reações emocionais, sendo que a tendência oposta, isto é, evitar experiências internas negativas, pode originar diferentes sintomas psicopatológicos (Cole, Michel, Teti, 1994; Linehan, 1993; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, Strosahl, 1996, citados por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010).

De facto, demonstrou-se que o tempo de demora para completar determinadas tarefas de leitura e escrita, em situações académicas ou profissionais (Hatcher, et al., 2002, citado por Ghisi, Bottesi, Re, Cerea, & Mammarella, 2016), afeta as características psicológicas dos adolescentes e jovens adultos com dislexia, resultando muitas vezes nas mais diversas formas de psicopatologia. Sendo que, a dislexia se associa a perturbações psicológicas (Undheim, 2003, citado por Ghisi, et al., 2016), e quanto maior for a severidade da dislexia, maior será o nível de sintomas psicológicos associados. Bonini, Mari, Anjos, Joveliano, e Teixeira (2010) suscitam que os aspectos afetivos emocionais nas dificuldades de aprendizagem se possam manifestar em forma de depressão, ansiedade, baixa autoestima e, algumas vezes, a ingestão de drogas e álcool (Bonini, Mari, Anjos, Joveliano, & Teixeira, 2010).

Segundo Selikowitz (2001) os sintomas mais comuns da depressão são sentimento de tristeza, solidão e isolamento, declarações autodepreciativas, distúrbio do sono e reclamações de aborrecimento, podendo estes ocorrerem de forma transitória no disléxico que não esteja a sofrer de depressão, pois estes sinais de depressão podem surgir devido às dificuldades enfrentadas pelo disléxico (Selikowitz, 2001). De acordo com Ryan (2004), a depressão é uma dificuldade muito frequente na dislexia. Embora a maioria dos disléxicos não estejam deprimidos, as crianças com esse tipo de dificuldade de aprendizagem são mais

propensas a sentimentos de tristeza e dor. Posto isto, os disléxicos depressivos não só preveem uma vida de fracasso contínuo, como também experienciam grande dor nas atividades do presente.

Maag e Reid (2006) demonstram que as crianças propensas para baixo auto-conceito, menos socialmente aceites e mais ansiosas que os seus pares sem estas dificuldades com défices de aprendizagem são mais tendentes em desenvolver uma perturbação mental. Por sua vez, os autores citados referem que os sujeitos com dificuldades na leitura apresentam maiores níveis de depressão, traços de ansiedade e queixas somáticas, quando comparados a leitores fluentes. No mesmo estudo, Maag e Reid (2006) evidenciam que os estudantes com perturbações de aprendizagem apresentam pontuações mais elevadas nos testes de sintomatologia depressiva face aos sujeitos sem o diagnóstico. Por outro lado, Maughan et al. (2003) elucidam haver relação entre as dificuldades persistentes e severas e o aumento no risco para o humor deprimido em crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 10 anos de idade (Maag & R., 2006; Maughan, Rowe, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2003; Lima, Salgado, & Ciasca, 2011).

De acordo com Cabussú (2009), os disléxicos apresentam várias as reações emocionais, entre as quais, atitudes depressivas, perante as dificuldades de aprendizagem ao recusarem situações que exijam um rendimento sistemático e ativo pelo medo ou receio de viverem situações de fracasso. Por outro lado, o stress pode causar doenças físicas, como úlcera e gastrite, hipertensão, crises de pânico, alterações no sono, depressão e ansiedade, entre outras, podendo estes problemas se agravarem e desencadear enfartes, derrames e etc. (Lipp, 2004, citado por Cabussú, 2009).

De acordo com a APA (2014), a ansiedade caracteriza-se por uma ameaça futura. A ansiedade corresponde também a um estado emocional constituído por componentes psicológicas e fisiológicas (Caíres & Shinohara, 2010) caracterizado 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; Dalgalarrodo, 2008).

A ansiedade torna-se patológica quando surge de forma exagerada, sem a presença de uma situação real que a possa desencadear (Caíres & Shinohara, 2010). De acordo com Sako (2016), a ansiedade é o sintoma emocional mais narrado 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 PAE-DL. Castillo, Recondo, Asbahr e Manfro (2000) sugerem que se percebe se, a sintomatologia apenas se manifesta quando o sujeito se expõe a alguma avaliação ou perante outros e se a reação ansiosa é de curta duração, ou, se 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 (Castillo, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000; Sako, 2016).

A ansiedade é um quadro comum em crianças e adultos com uma estimativa de prevalência durante o ciclo vital. Estima-se que 9% seja a prevalência em crianças e 15% nos adultos (Bernstein, Borchardt & Perwien, 1996). Esta perturbação, quando ocorre na infância/adolescência e não é tratada, mostra-se oscilante durante a vida do sujeito, adquirindo um curso crónico (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1996). Ghisi, Bottesi, Re, Cerea e 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 controlo (Ghisi, Bottesi, Re, Cerea, & Mammarella, 2016).

1.2.2. Falhas Cognitivas

Os indivíduos com dislexia (PAE-DL) apresentam inúmeras dificuldades na leitura e na compreensão de textos, o que pode colocá-los em desvantagem num mundo que privilegia os processos envolvidos na leitura e que poderão estar comprometidos nos indivíduos que apresentam esta perturbação. Um dos processos subjacentes à leitura é a codificação fonológica na memória de trabalho caracterizada pela recordação das características distintivas dos fonemas aquando da leitura; esta competência estaria na base da construção de uma outra - o acesso lexical - relacionada com a recuperação dos fonemas armazenados na memória de longo prazo e que estaria igualmente comprometida nos indivíduos com a PAE-DL (Perez, Majerus, & Poncelet, 2012; Sternberg & Sternberg, 2012; Sternberg & Spear-Swerling, 1999). Falhas cognitivas são erros que os indivíduos cometem no quotidiano e que podem comprometer, em maior ou menor grau, as atividades diárias. Investigadores têm avaliado os mecanismos que estão subjacentes a estas falhas e identificam «erros na formação de intenções»; falsa ativação de esquemas e falsos triggering - interrupção do processamento de uma sequência de ações (Broadbent, Cooper, FitzGerald, & Parkes, 1982; Norman, 1976).

Neste contexto têm sido identificadas falhas na memória de curto prazo de indivíduos portadores de PAE-DL e essas falhas persistem durante a idade adulta, sendo que esses défices não podem ser atribuídos a outros fatores atrás identificados, nomeadamente do processamento fonológico. De facto, nestes indivíduos encontram-se comprometidos tanto os aspetos ligados ao processamento fonológico – por exemplo, recuperação de elementos verbais isolados – como aspetos relacionados com a posição serial de elementos apresentados, quer na modalidade verbal, quer na modalidade viso espacial, pelo que pode ser descartado o argumento de que a memória estaria comprometida devido ao défice no domínio verbal (Marjerus & Cowan, 2016; Martin, Cole, Leuwers, Casalis, Zorman, Sprenger-Charolles, 2010).

Com efeito, parece haver alguma heterogeneidade quanto à presença ou não de défices de memória nos indivíduos com dislexia (PAE-DL), não esquecendo que os problemas

de memória não são exclusivos da PAE-DL pois aparecem igualmente noutros domínios como na discalculia, por exemplo (Attout & Majerus, 2015; Marjerus & Cowan, 2016; Martin et al., 2010; Wang, Xuan, & Jarrod, 2016). Neste sentido, pode afirmar-se, de acordo com Marjerus e Cowan, 2016, que fracas competências de memória, nomeadamente no que se refere à recuperação por posição serial, são um fator de risco para o aparecimento de dificuldades de aprendizagem em diversos domínios cognitivos. Os mesmos autores referem que indivíduos com dislexia têm dificuldades na sequenciação temporal de informação organizada independentemente da velocidade a que a mesma é apresentada.

Um outro domínio cognitivo que parece ser responsável pelas falhas cognitivas e estar envolvido na PAE-DL é a atenção. Neste contexto seria a atenção seletiva visual que estaria comprometida e não a atenção enquanto fator global (Martinez Perez, Poncelet, Salmon & Majerus, S., 2015). A falta de atenção tornaria os indivíduos mais suscetíveis à interferência, à confusão preceptiva, enquanto a atenção excessiva desencadearia omissões e repetições por exemplo (Broadbent, Cooper, FibzGerald, & Parkes, 1982). As falhas cognitivas envolveriam então os sistemas percetivo, atencional e de memória e, segundo diversos estudos estas podem também estar relacionadas com um fraco desempenho nas tarefas que requerem atenção sustentada; podem resultar em acidentes, experiências dissociativas, tendência para sonolência diurna, bem como influenciar os processos inibitórios, reduzindo-os (Broadbent et al., 1982; Rast, Zimprich, Van Boxtel, & Jolles, 2009).

CAPÍTULO 2 - ESTUDO EMPÍRICO

2.1. Objetivos e hipóteses do estudo

Esta investigação tem como objetivo geral avaliar sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com e sem PAE-DL. Neste sentido, colocam-se as seguintes hipóteses de investigação: Hipótese 1: Existem mais sintomas psicopatológicos em adultos com PAE-DL do que em adultos sem PAE-DL; Hipótese 2: Existem mais falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do que em adultos sem PAE-DL; Hipótese 3: Existem mais sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género masculino do que em adultos sem PAE-DL do género masculino; Hipótese 4: Existem mais sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género feminino do que em adultos sem PAE-DL do género feminino; Hipótese 5: Existe uma correlação entre sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género masculino.; Hipótese 6: Existe uma correlação entre sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género feminino.

2.2. Método

2.2.1. Participantes¹

A amostra é constituída por 387 elementos, tendo os dados sido recolhidos entre dezembro de 2016 e março de 2017.

Tabela 1

Estatísticas descritivas da idade dos participantes

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Idade	359	31,1	descrições 10,5	34%	18	65

Na amostra, verificam-se 28 não respostas que correspondem a 7,2% da amostra, devido a incorreto preenchimento da data de nascimento, apresentando a idade um valor

¹ Consultar Anexo 3, onde constam as Tabelas de Frequência retiradas do SPSS.

médio de 31,1 anos, com uma dispersão de valores de 34% sendo os valores mínimo e máximo de, respetivamente, 18 e 65 anos.

Na amostra, 75% são do género feminino e os restantes 25% do género masculino (cf. Figura 1).

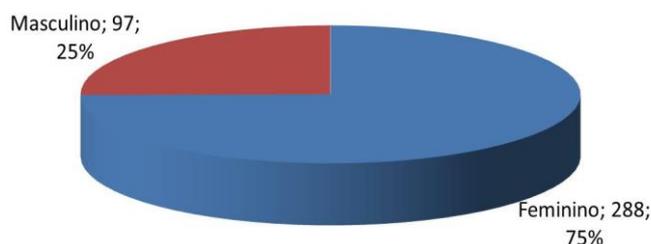


Figura 1. Percentagens relativas ao género dos participantes

Na amostra, 94% são de nacionalidade portuguesa, 2,9% de nacionalidade angolana, verificando-se ainda as restantes nacionalidades listadas (cf. Tabela 2).

Tabela 2

Percentagens relativas à nacionalidade dos participantes

	Frequência	Percentagem
Angolana	11	2,9
Brasileira	3	,8
Espanhola	1	,3
Francesa	2	,5
Moçambicana	3	,8
Portuguesa	362	94,0
Venezuelana	3	,8
Total	385	100,0

Verificam-se 2 não respostas.

Na amostra, 94,8% residem em Portugal, 1,6% em Angola, verificando-se ainda os restantes países de residência listados (cf. Tabela 3).

Tabela 3

Percentagens relativas ao país de residência dos participantes

	Frequência	Percentagem
Angola	6	1,6
Brasil	3	,8
Espanha	1	,3
França	1	,3
Luxemburgo	1	,3
Moçambique	3	,8
Portugal	365	94,8
Reino Unido	3	,8
Suíça	2	,5
Total	385	100,0

Verificam-se 2 não respostas.

Na amostra, quanto ao distrito de residência, verificam-se as respostas listadas, sendo os mais frequentes Castelo Branco com 22,5%, seguido de Aveiro com 12,9% e Guarda com 11,9%, e depois todos os restantes listados (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Percentagens relativas ao distrito de residência dos participantes

	Frequência	Percentagem
Açores	1	,3
Aveiro	50	12,9
Beja	1	,3
Benguela	2	,5
Berkshire	1	,3
Berne	1	,3
Braga	11	2,8
Bragança	2	,5
Caníço	1	,3
Castelo-Branco	87	22,5
Coimbra	7	1,8
Dundo	1	,3
Évora	2	,5
Faro	4	1,0
Funchal	12	3,1
Gafanha da Nazaré	1	,3
Guarda	46	11,9
Hampshire	1	,3
Horta	1	,3
Huíla	1	,3
Ilha Terceira	1	,3
Leiria	9	2,3
Lisboa	34	8,8
Luxemburgo	1	,3
Madeira	17	4,4
Maputo	3	,8
Minas Gerais	1	,3
Nyon	1	,3
Olonne sur mer	1	,3
PE	1	,3
Ponta Delgada	1	,3
Ponta do Sol-Madeira	1	,3
Portalegre	5	1,3
Porto	25	6,5
Província de Cabinda	1	,3
Reading	1	,3
Salamanca	1	,3
Santa cruz	1	,3
Santarém	13	3,4
São Paulo	1	,3
Setúbal	10	2,6
Valongo	1	,3
Viana do Castelo	3	,8
Vila Real	4	1,0
Viseu	15	3,9
Não respostas	2	,5
Total	387	100,0

Verificam-se 2 não respostas.

Na amostra, 51% são solteiros, 19% são casados, 17% são comprometidos, 8% vivem em união de facto, 4% são divorciados, 0,5% são separados e 0,3% (um elemento) é viúvo (cf. Figura 2).

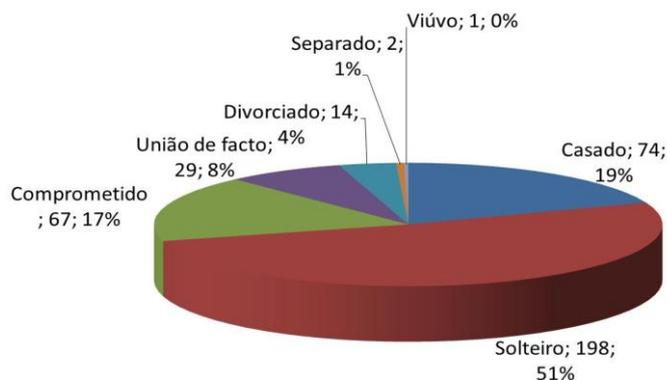


Figura 2. Percentagens relativas ao estado civil dos participantes

Na amostra, quanto aos agregados familiares, 62% são nucleares, 15% vivem sozinhos, 12% são somente o casal, 6% são alargados, 4% são monoparentais e 1% são reconstruídos (cf. Figura 3).

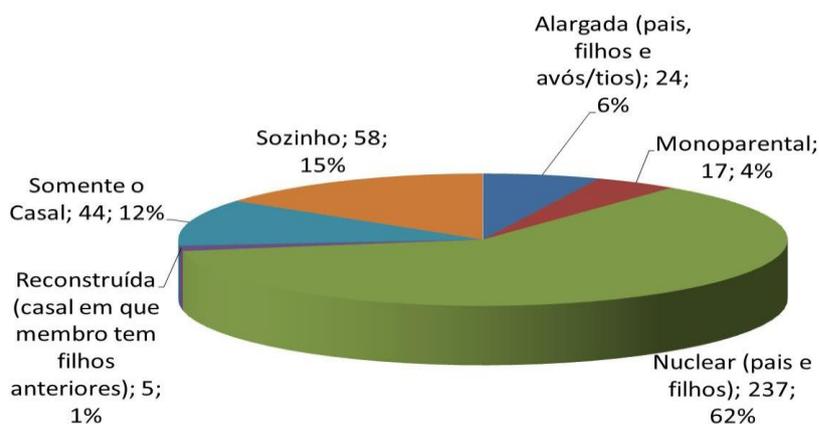


Figura 3. Percentagens relativas ao agregado familiar dos participantes

Na amostra, 31,4% têm Licenciatura pós-Bolonha, 21,8% têm Ensino Secundário (até ao 12º ano), 16,1% têm Mestrado pós-Bolonha, 14,0% têm Licenciatura pré-Bolonha, depois 6,0% têm Ensino básico (até ao 9º ano), 4,2% têm Mestrado pré-Bolonha, 2,9% têm Doutoramento, verificando-se ainda as restantes respostas listadas (cf. Figura 4).

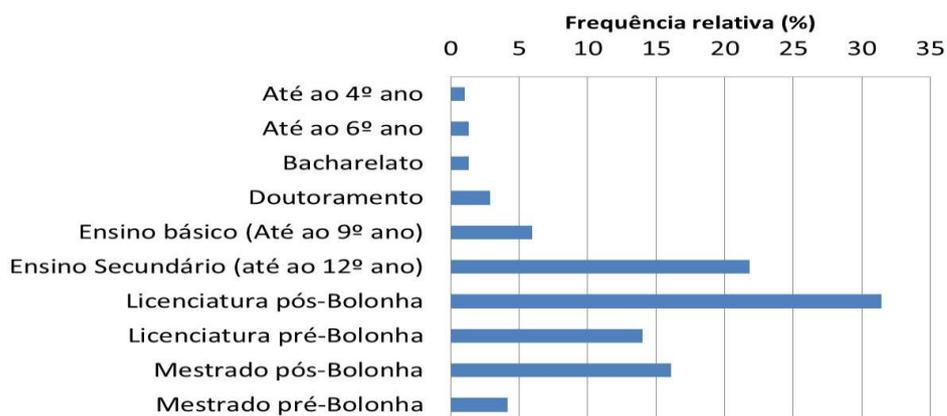


Figura 4. Percentagens relativas às habilitações literárias dos participantes

Na amostra, 7% respondem estar atualmente doentes. Relativamente à questão sobre “Que doenças tem?”, os 27 elementos que respondem estar atualmente doentes dão as seguintes respostas: (1) Gripe (2 elementos); (2) Hiperlaxação articular, tendinites ocupacionais, constipação (2 elementos); (3) Alergia, resfriado; (4) Asma Brônquica; (5) Burnout; (6) Cardíacas; (7) Cervical; (8) Constipação; (9) Depressão; (10) Diabetes tipo I e hipotiroidismo; (11) Diabetes, hipertensão; (12) Doença neuromuscular degenerativa; (13) Doença renal; Ovários Poliquísticos; (14) Espondilite anquilosante com comorbilidade fibromialgia; (15) Fibromialgia; (16) Gripe, rinite alérgica; (17) Hipertensão; (18) hipertiroidismo; (19) Infecção da garganta, infecção urinária e diabetes tipo 2; (20) Litíase Renal crónica, depressão; (21) ossos; (22) Removi recentemente um pólipó nasal; (23) Síndrome de Wolf-Parkinson-White; (24) Sinusite/ansiedade; (25) Tiroidite auto imune e hipotiroidismo (cf. Figura 5).

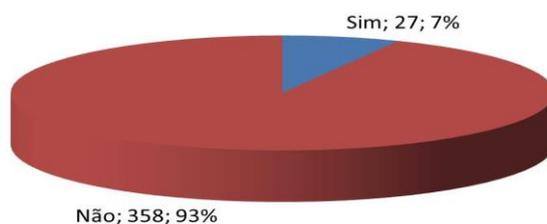


Figura 5. Percentagens das respostas dadas pelos participantes à questão: está atualmente doente?

Na amostra, 30,1% já foi diagnosticado com Ansiedade, 18,2% já foi diagnosticado com Depressão, 7,5% já foi diagnosticado com Dislexia e 3,4% já foi diagnosticado com Défice de atenção (cf. Figura 6).

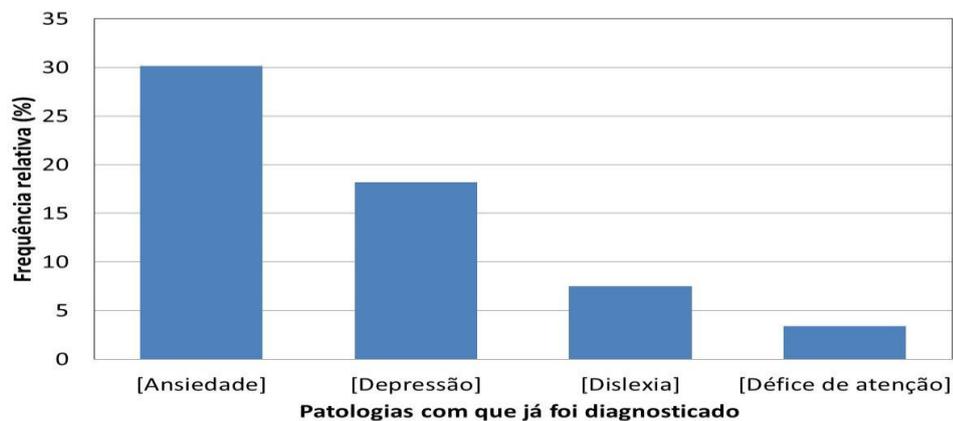


Figura 6. Percentagens relativas às patologias diagnosticadas dos participantes

2.2.2. Instrumentos

Para alcançar os objetivos deste estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999) e o Questionário de Falhas Cognitivas (Broadbent, Cooper, FitzGerald & Parkes, 1982).

2.2.2.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi delineado tendo em conta o tipo de população a estudar, de forma a obter uma descrição completa da amostra. Este questionário foi elaborado pelo grupo de investigadores (docentes e mestrandos) e contém questões de resposta aberta, questões de resposta fechada, bem como questões de resposta semifechada, com a possibilidade de indicações complementares. É composto por questões sociodemográficas (idade, profissão, estado civil, estatuto socioeconómico e etc.), académicas (curso, instituição, ano, ciclo, etc.) e clínicas (existência de doenças prévias e atuais).

Contudo, neste questionário há dois pontos a ressaltar: (1) as questões referentes ao estatuto socioeconómico são de carácter opcional; (2) todas as questões ligadas às informações clínicas (doenças prévias/atuais) vão permitir identificar se a dislexia é a variável que determina a presença de sintomas psicopatológicos e de falhas cognitivas.

2.2.2.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Para avaliar a sintomatologia psicopatológica utilizou-se o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI - Brief Symptom Inventory, Derogatis, 1982), versão portuguesa traduzida e adaptada por Canavarro (1999).

O BSI é um inventário de autorresposta, composto por 53 itens que avalia sintomas psicopatológicos segundo nove dimensões (somatização, obsessões compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo) e três índices gerais (Índice Geral de Sintomas - IGS, Total de Sintomas Positivos - TSP e o Índice de Sintomas Positivos- ISP), sendo, estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional. Permite classificar o grau em que cada problema afetou o indivíduo na última semana, numa escala de resposta tipo *Lickert* de 0 (nunca) até 4 (muitíssimas vezes) (Monteiro, Tavares, & Pereira, 2007). As nove dimensões foram descritas por Derogatis (1982) da seguinte forma:

- 1) Somatização: dimensão que reflete o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, ou seja, foca queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. Dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade são igualmente componentes da somatização (inclui os itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37);
- 2) Obsessões-Compulsões: engloba sintomas identificados com a síndrome clínica do mesmo nome. Esta dimensão inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e os quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego distónicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36);
- 3) Sensibilidade Interpessoal: esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A Auto depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interações sociais são as manifestações características desta dimensão (inclui os itens 20,21, 22 e 42);
- 4) Depressão: os itens que compõem esta dimensão refletem o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50);
- 5) Ansiedade: indicadores gerais tais como nervosismo e tensão foram incluídos na dimensão Ansiedade. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataque de pânico. Componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade também foram considerados (inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49);

- 6) Hostilidade: a dimensão hostilidade inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera (inclui os itens 6, 13, 40, 41 e 46);
- 7) Ansiedade fóbica: a ansiedade fóbica é definida como uma resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas (inclui os itens 8, 28, 31, 43 e 47);
- 8) Ideação Paranoide: esta dimensão representa o comportamento paranoide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação. A seleção dos itens foi orientada de acordo com esta conceptualização (inclui os itens 4, 10, 24, 48 e 51);
- 9) Psicoticismo: esta escala foi desenvolvida de modo a representar este construto como uma dimensão contínua da experiência humana. Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. A escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose (inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53).

Quatro dos itens do BSI (itens 11, 25, 39 e 52) embora contribuam com algum peso para as dimensões descritas não pertencem univocamente a nenhuma delas. Assim, dada a sua relevância clínica, são apenas considerados nas pontuações dos três índices gerais.

Os três índices gerais foram descritos por Derogatis (1993) da seguinte forma:

- 1) Índice Geral de Sintomas (IGS) - este índice representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados;
- 2) Índice de Sintomas Positivos (ISP) - o ISP oferece a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados;
- 3) Total de Sintomas Positivos (TSP) - diz respeito a uma medida de intensidade dos sintomas, o TSP representa o número de queixas somáticas apresentadas. Teoricamente, um indivíduo pode apresentar um ISP baixo, indicando que os sintomas que tem não são particularmente intensos e perturbadores, mas possuir um TSP elevado, apontando para uma constelação complexa de sintomatologia.

Os estudos psicométricos efetuados na versão Portuguesa (Canavarro, 1999) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de alfa entre 0,62 (psicoticismo) e 0,80 (somatização) e coeficientes teste-reteste entre 0,63 (ideação paranoide) e 0,81 (depressão).

No presente estudo o valor alfa variam entre 0,73 (psicoticismo) e 0,86 (depressão) (Canavarro, 1999; Monteiro, Tavares, & Pereira, 2007) (cf. Tabela 5).

Tabela 5

Cálculo da consistência interna do BSI

	Alfa de Cronbach	N de Itens
BSI-Somatização	0,777	6
BSI-Obsessão/Compulsão	0,836	6
BSI-Sensibilidade Interpessoal	0,814	4
BSI-Depressão	0,857	6
BSI-Ansiedade	0,821	6
BSI-Hostilidade	0,785	4
BSI-Ansiedade Fóbica	0,823	5
BSI-Ideação Paranoide	0,811	5
BSI-Psicoticismo	0,732	5

2.2.2.3. Questionário de Falhas Cognitivas (QFC)

Para avaliar a incidência e os padrões de falhas cognitivas no dia-a-dia, utilizou-se o Questionário de Falhas Cognitivas (Cognitive Failures Questionnaire (CFQ), Broadbent, Cooper, FitzGerald & Parkers, 1982).

O QFC é um questionário de autorresposta, composto por 25 itens dividido por três dimensões: Forguetfulness (falhas de memória), Distractibility (falhas de atenção) e False Triggering (falhas motoras). Permite avaliar a frequência de incidentes como “Você lê algo e achou que não pensou nisso e deve lê-lo novamente?”, nos últimos 6 meses, numa escala de tipo *Likert* de 0 (nunca) até 4 (muito frequente).

O fator Forguetfulness está associado a queixas de memória, ou seja, avalia a tendência que um sujeito exhibe para a ocorrência de falhas de memória sobre assuntos conhecidos (tais como nomes ou palavras) ou para situações planificadas (tais como compromissos ou intenções) e é constituído pelas questões 1, 2, 5, 7, 17, 20, 22 e 23; o segundo fator (Distractibility) ao comportamento desatento estimando a incidência de falhas de atenção que resultam de dificuldades em manter a atenção focada num determinado estímulo (principalmente em situações sociais e na interação com terceiros) e é composto

pelas questões 8, 9, 10, 11, 14, 19, 21 e 25; e por último o fator False Triggering, pode ser analisado como um resultado da perda de ativação em recursos atencionais englobando itens que avaliam a interrupção do processamento cognitivo e de ações motoras, constituído pelos itens 2, 3, 5, 6, 12, 18, 23 e 24 (Paiva, Fialho, Costa, & Paula, 2016).

Uma vez que este questionário não se encontra aferido para a população portuguesa, foi adotada para este estudo a estrutura fatorial obtida por Rast, Zimprich, Van Boxtel, e Jolles, (2009). Optou-se por este modelo pelo facto de este ser uma solução equilibrada no que diz respeito ao número de itens que representam cada fator (os fatores 1 e 2 são constituídos por 8 itens e o fator 3 por 7 itens). Para além disso esta estrutura apresenta a vantagem de os fatores obtidos não apresentarem uma elevada correlação entre si ($r_{fator1xfator2} = .74$; $r_{fator2xfator3} = .62$; $r_{fator1xfator3} = .77$) ao contrário das soluções obtidas por outros autores.

Este questionário apresenta uma boa consistência interna (*Alfa Cronbach* = .90) (Broadbent, Cooper, FibzGerald, & Parkes, 1982).

No presente estudo o valor do *Alfa de Cronbach* é superior ao valor de 0,80 para os três fatores, pelo que podemos considerar os dados adequados como unidimensionais (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Cálculo da consistência interna do QFC

Fatores	Alfa de Cronbach	N de Itens
CFQ-Forgetfulness	0,858	8
CFQ-Distractibility	0,865	8
CFQ-False Triggering	0,855	8

2.3. Procedimentos

Para a aplicação dos questionários de modo *online*, em primeiro lugar foi endereçado um mail de pedido de parecer à Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). Após a autorização da OPP (Anexo I), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e o Questionário de Falhas Cognitivas (QFC) foram disseminados por via internet, no período de dezembro de 2016 a março de 2017. Os participantes foram informados, de maneira clara, sobre objetivos deste estudo, bem como acerca da confidencialidade (Anexo II) dos dados a serem recolhidos. No que concerne à análise estatística dos resultados, esta foi efetuada através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na sua versão 23.

CAPÍTULO 3 - RESULTADOS

Após uma detalhada e cuidada análise e tratamento dos dados obtidos a partir dos questionários aplicados, procede-se à descrição dos mesmos. Considerando os objetivos do presente estudo, a análise dos resultados baseou-se em estatística descritiva (medidas de tendência central) e inferencial (significância das diferenças).

De acordo com Anastasi (1990) a análise da consistência interna proporciona uma compreensão das propriedades de escalas de medida (Anastasi, 1990). Por outro lado, o procedimento utilizado calcula as medidas de consistência interna da escala, garantindo também informação sobre as relações que os itens têm entre si, nessa mesma escala (DeVellis, 1991).

O *Alfa de Cronbach* é um modelo de consistência interna, baseado na correlação inter-item, sendo o modelo mais utilizado nas ciências sociais para verificação de consistência interna e validade de escalas, medindo a fidelidade ou consistência interna de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, ou seja, como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão (Hill & Hill, 2002). Quando os dados tiverem uma estrutura multidimensional, o *Alfa de Cronbach* será baixo. Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão. Um coeficiente de consistência interna de pelo menos 0,80 é adequado na maioria das aplicações de Ciências Sociais e um coeficiente de consistência interna entre 0,70 e 0,80 é considerado como aceitável. Estes valores são referidos, por exemplo, por Muñiz (2003), Muñiz et al. (2005) e Nunnally (1978).

No entanto, para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, com o teste K-S, já explicado. Para as variáveis em estudo, não se verifica o pressuposto da normalidade e o teste paramétrico precisa de ser substituído pelo teste não paramétrico análogo: o teste de Mann-Whitney, que coloca as seguintes hipóteses: H_0 : Não existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis, para cada um dos grupos da variável dicotômica; H_1 : Existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis, para os grupos da variável dicotômica.

O valor que importa analisar é o valor de prova. Quando este valor é inferior ao valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existem diferenças entre os dois grupos. Quando é superior ao valor de referência de 5%, aceita-se a hipótese nula.

O pressuposto da normalidade não se verifica para as dimensões e fatores das escalas em estudo, pois o valor de prova é sempre inferior a 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula das dimensões seguirem a distribuição normal. O teste paramétrico t de *Student* não pode ser utilizado e terá que ser substituído pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney (cf. Tabela 7).

Tabela 7*Teste da Normalidade*

	K-S (a)		
	Estatística	gl	Valor de prova
BSI-Somatização	,209	385	** 0,000
BSI-Obsessão/Compulsão	,125	385	** 0,000
BSI-Sensibilidade Interpessoal	,171	385	** 0,000
BSI-Depressão	,158	385	** 0,000
BSI-Ansiedade	,182	385	** 0,000
BSI-Hostilidade	,193	385	** 0,000
BSI-Ansiedade Fóbica	,278	385	** 0,000
BSI-Ideação Paranoide	,129	385	** 0,000
BSI-Psicoticismo	,208	385	** 0,000
CFQ-Forgetfulness	,062	385	** 0,001
CFQ-Distractibility	,090	385	** 0,000
CFQ-False Triggering	,092	385	** 0,000

a Correção de significância de Lilliefors ** p < 0,01

Comparar sintomas psicopatológicos em adultos com e sem PAE-DL

Este objetivo está diretamente associado com a hipótese “H1: Existem mais sintomas psicopatológicos em adultos com PAE-DL do que em adultos sem PAE-DL”.

Tabela 8

Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney das relações entre o BSI e a presença de dislexia

	Dislexia	N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
BSI-Somatização	Sim	29	,87	,759	2938,0	** 0,000
	Não	356	,39	,482		
BSI-Obsessão/Compulsão	Sim	29	1,43	,948	3323,0	** 0,001
	Não	356	,86	,677		
BSI-Sensibilidade Interpessoal	Sim	29	1,06	,981	4146,0	0,073
	Não	356	,68	,720		
BSI-Depressão	Sim	29	1,18	1,016	3872,0	* 0,024
	Não	356	,71	,690		
BSI-Ansiedade	Sim	29	,99	,925	3940,5	* 0,033
	Não	356	,60	,608		
BSI-Hostilidade	Sim	29	1,27	1,100	3387,0	** 0,002
	Não	356	,65	,598		
BSI-Ansiedade Fóbica	Sim	29	,67	,793	3627,0	** 0,004
	Não	356	,30	,519		
BSI-Ideação Paranoide	Sim	29	1,30	,972	3807,5	* 0,018
	Não	356	,87	,772		
BSI-Psicoticismo	Sim	29	,86	,902	3897,5	* 0,025
	Não	356	,44	,524		

* p < 0,05 ** p < 0,01

O valor de prova é inferior a 5% para as dimensões BSI-Somatização, BSI-Obsessão/Compulsão, BSI-Depressão, BSI-Ansiedade, BSI-Hostilidade, BSI-Ansiedade Fóbica, BSI-Ideação Paranoide e BSI-Psicoticismo, rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 : considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de adultos.

O valor de prova é superior a 5% para a dimensão BSI-Sensibilidade Interpessoal, não se rejeita H_0 : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de adultos.

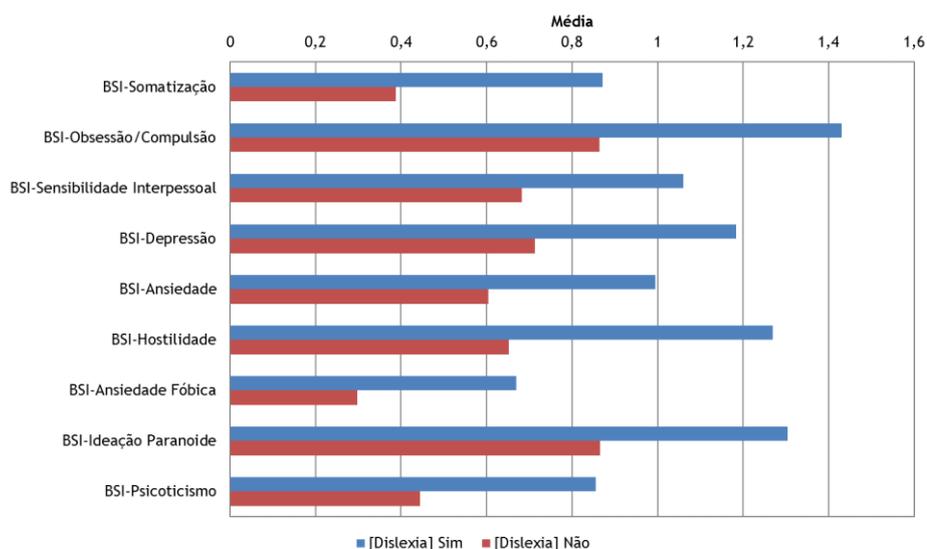


Figura 7. Médias das relações entre o BSI e a presença de dislexia

Podemos considerar que as dimensões BSI-Somatização, BSI-Obsessão/Compulsão, BSI-Depressão, BSI-Ansiedade, BSI-Hostilidade, BSI-Ansiedade Fóbica, BSI-Ideação Paranoide e BSI-Psoticismo apresentam valores superiores para os adultos com dislexia, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, a dimensão BSI-Sensibilidade Interpessoal também apresenta valores superiores para os adultos com PAE-DL, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Portanto, podemos concluir que se verifica a hipótese “H1: Existem mais sintomas psicopatológicos em adultos com PAE-DL do que em adultos sem PAE-DL” para todas as dimensões do BSI, com exceção apenas da dimensão BSI-Sensibilidade Interpessoal.

Comparar falhas cognitivas em adultos com e sem PAE-DL

Este objetivo está diretamente associado com a hipótese “H2: Existem mais falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do que em adultos sem PAE-DL”.

Tabela 9

Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney das relações entre o QFC e a presença de dislexia

	Dislexia	N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
CFQ-Forgetfulness	Sim	29	19,59	6,248	2188,0	** 0,000
	Não	356	12,62	5,851		
CFQ-Distractibility	Sim	29	18,55	6,962	2294,0	** 0,000
	Não	356	11,44	5,824		
CFQ-False Triggering	Sim	29	14,34	6,049	2653,0	** 0,000
	Não	356	9,39	5,720		

* p < 0,05 ** p < 0,01

O valor de prova é inferior a 5% para as dimensões CFQ-Forgetfulness, CFQ-Distractibility e CFQ-False Triggering, considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de adultos.

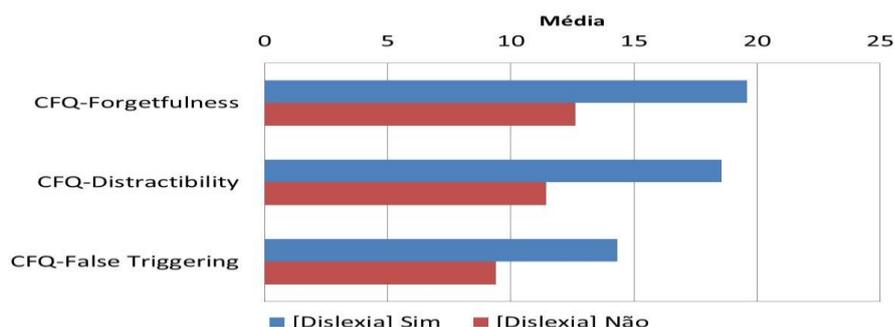


Figura 8. Médias das relações entre o QFC e a presença de dislexia

Podemos considerar que os fatores CFQ-Forgetfulness, CFQ-Distractibility e CFQ-False Triggering apresentam valores superiores para os adultos com PAE-DL, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Portanto, podemos concluir que se verifica a hipótese “H2: Existem mais falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do que em adultos sem PAE-DL” para todas as falhas cognitivas do QFC”.

Comparar sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com e sem PAE-DL, quanto ao género

Este objetivo está diretamente associado com as hipóteses “H3: Existem mais sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género masculino do que em adultos sem PAE-DL do género masculino” e “H4: Existem mais sintomas

psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género feminino do que em adultos sem PAE-DL do género feminino”.

Vamos realizar em primeiro lugar as análises conducentes ao estudo da hipótese “H3: Existem mais sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género masculino do que em adultos sem PAE-DL do género masculino”. Portanto, será estudada apenas a subamostra do género masculino.

Tabela 10

Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney das relações entre o BSI e a presença de dislexia para o género masculino

	Dislexia	N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p																																																																																					
BSI-Somatização	Sim	7	,43	,467	261,5	0,445																																																																																					
	Não	90	,31	,368			BSI-Obsessão/Compulsão	Sim	7	1,07	,892	268,0	0,510	Não	90	,79	,583	BSI-Sensibilidade Interpessoal	Sim	7	,64	,593	293,5	0,761	Não	90	,59	,577	BSI-Depressão	Sim	7	,69	,858	305,5	0,894	Não	90	,63	,625	BSI-Ansiedade	Sim	7	,45	,591	281,5	0,636	Não	90	,45	,453	BSI-Hostilidade	Sim	7	,54	,526	276,0	0,582	Não	90	,66	,608	BSI-Ansiedade Fóbica	Sim	7	,17	,373	255,5	0,366	Não	90	,23	,376	BSI-Ideação Paranoide	Sim	7	,97	,547	253,0	0,384	Não	90	,80	,660	BSI-Psicoticismo	Sim	7	,49	,944	269,0	0,509	Não
BSI-Obsessão/Compulsão	Sim	7	1,07	,892	268,0	0,510																																																																																					
	Não	90	,79	,583			BSI-Sensibilidade Interpessoal	Sim	7	,64	,593	293,5	0,761	Não	90	,59	,577	BSI-Depressão	Sim	7	,69	,858	305,5	0,894	Não	90	,63	,625	BSI-Ansiedade	Sim	7	,45	,591	281,5	0,636	Não	90	,45	,453	BSI-Hostilidade	Sim	7	,54	,526	276,0	0,582	Não	90	,66	,608	BSI-Ansiedade Fóbica	Sim	7	,17	,373	255,5	0,366	Não	90	,23	,376	BSI-Ideação Paranoide	Sim	7	,97	,547	253,0	0,384	Não	90	,80	,660	BSI-Psicoticismo	Sim	7	,49	,944	269,0	0,509	Não	90	,41	,487								
BSI-Sensibilidade Interpessoal	Sim	7	,64	,593	293,5	0,761																																																																																					
	Não	90	,59	,577			BSI-Depressão	Sim	7	,69	,858	305,5	0,894	Não	90	,63	,625	BSI-Ansiedade	Sim	7	,45	,591	281,5	0,636	Não	90	,45	,453	BSI-Hostilidade	Sim	7	,54	,526	276,0	0,582	Não	90	,66	,608	BSI-Ansiedade Fóbica	Sim	7	,17	,373	255,5	0,366	Não	90	,23	,376	BSI-Ideação Paranoide	Sim	7	,97	,547	253,0	0,384	Não	90	,80	,660	BSI-Psicoticismo	Sim	7	,49	,944	269,0	0,509	Não	90	,41	,487																			
BSI-Depressão	Sim	7	,69	,858	305,5	0,894																																																																																					
	Não	90	,63	,625			BSI-Ansiedade	Sim	7	,45	,591	281,5	0,636	Não	90	,45	,453	BSI-Hostilidade	Sim	7	,54	,526	276,0	0,582	Não	90	,66	,608	BSI-Ansiedade Fóbica	Sim	7	,17	,373	255,5	0,366	Não	90	,23	,376	BSI-Ideação Paranoide	Sim	7	,97	,547	253,0	0,384	Não	90	,80	,660	BSI-Psicoticismo	Sim	7	,49	,944	269,0	0,509	Não	90	,41	,487																														
BSI-Ansiedade	Sim	7	,45	,591	281,5	0,636																																																																																					
	Não	90	,45	,453			BSI-Hostilidade	Sim	7	,54	,526	276,0	0,582	Não	90	,66	,608	BSI-Ansiedade Fóbica	Sim	7	,17	,373	255,5	0,366	Não	90	,23	,376	BSI-Ideação Paranoide	Sim	7	,97	,547	253,0	0,384	Não	90	,80	,660	BSI-Psicoticismo	Sim	7	,49	,944	269,0	0,509	Não	90	,41	,487																																									
BSI-Hostilidade	Sim	7	,54	,526	276,0	0,582																																																																																					
	Não	90	,66	,608			BSI-Ansiedade Fóbica	Sim	7	,17	,373	255,5	0,366	Não	90	,23	,376	BSI-Ideação Paranoide	Sim	7	,97	,547	253,0	0,384	Não	90	,80	,660	BSI-Psicoticismo	Sim	7	,49	,944	269,0	0,509	Não	90	,41	,487																																																				
BSI-Ansiedade Fóbica	Sim	7	,17	,373	255,5	0,366																																																																																					
	Não	90	,23	,376			BSI-Ideação Paranoide	Sim	7	,97	,547	253,0	0,384	Não	90	,80	,660	BSI-Psicoticismo	Sim	7	,49	,944	269,0	0,509	Não	90	,41	,487																																																															
BSI-Ideação Paranoide	Sim	7	,97	,547	253,0	0,384																																																																																					
	Não	90	,80	,660			BSI-Psicoticismo	Sim	7	,49	,944	269,0	0,509	Não	90	,41	,487																																																																										
BSI-Psicoticismo	Sim	7	,49	,944	269,0	0,509																																																																																					
	Não	90	,41	,487																																																																																							

* p < 0,05

** p < 0,01

O valor de prova é superior a 5% para todas as dimensões do BSI, considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de adultos, para o género masculino.

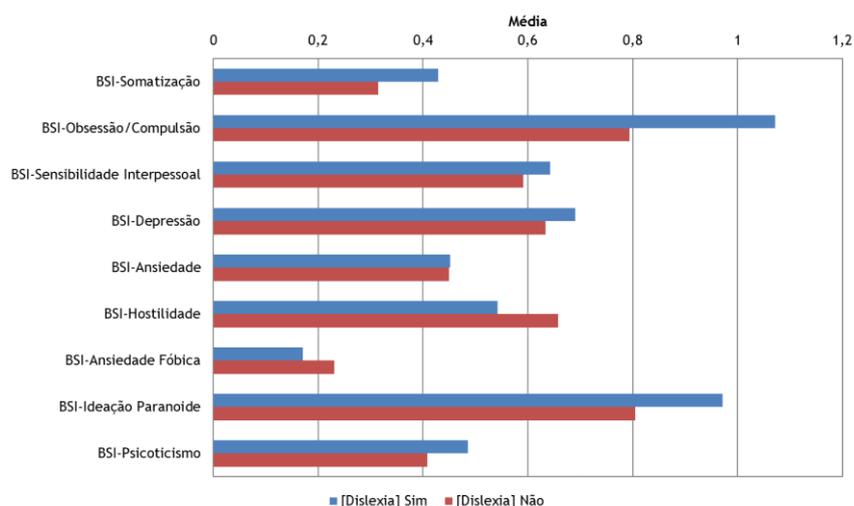


Figura 9. Médias das relações entre o BSI e a presença de dislexia, para o género masculino

Na amostra, as dimensões BSI-Somatização, BSI-Obsessão/Compulsão, BSI-Sensibilidade Interpessoal, BSI-Depressão, BSI-Ideação Paranoide e BSI-Psoticismo apresentam valores superiores para os adultos com dislexia, as dimensões BSI-Hostilidade e BSI-Ansiedade Fóbica apresentam valores superiores para os adultos sem dislexia, a dimensão BSI-Ansiedade apresenta valores semelhantes para os adultos com e sem PAE-DL, isto sempre para o género masculino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Tabela 11

Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney das relações entre o QFC e a presença de dislexia para o género masculino

	Dislexia	N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	P
CFQ-Forgetfulness	Sim	7	17,14	6,492	139,0	* 0,014
	Não	90	10,91	4,905		
CFQ-Distractibility	Sim	7	17,86	7,313	143,0	* 0,016
	Não	90	10,67	4,757		
CFQ-False Triggering	Sim	7	11,00	6,110	181,0	0,061
	Não	90	7,43	4,360		

* p < 0,05 ** p < 0,01

O valor de prova é inferior a 5% para as dimensões CFQ-Forgetfulness e CFQ-Distractibility, considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de adultos, para o género masculino.

O valor de prova é superior a 5% para o fator CFQ-False Triggering, considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de adultos, para o género masculino.

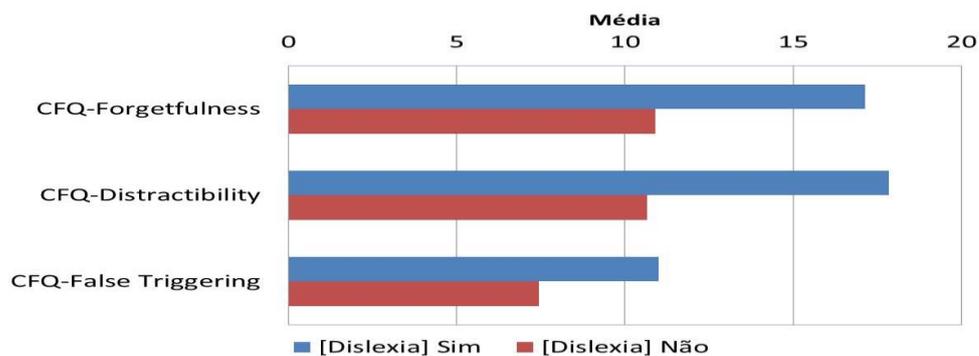


Figura 10. Médias das relações entre o QFC e a presença de dislexia, para o género masculino

Podemos considerar que os fatores CFQ-Forgetfulness e CFQ-Distractibility apresentam valores superiores para os adultos com dislexia, no género masculino, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, verifica-se que o fator CFQ-False Triggering apresenta valores superiores para os adultos com PAE-DL, no género masculino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Portanto, relativamente à hipótese “H3: Existem mais sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género masculino do que em adultos sem PAE-DL do género masculino” podemos concluir que se verifica apenas para os fatores CFQ-Forgetfulness e CFQ-Distractibility do QFC, mas não se verifica para o fator CFQ-False Triggering do mesmo questionário nem para todas as dimensões do BSI. Ou seja, existem mais falhas cognitivas nos fatores CFQ-Forgetfulness e CFQ-Distractibility em adultos com PAE-DL do género masculino do que em adultos sem PAE-DL do género masculino, mas não existem diferenças entre adultos com PAE-DL e adultos sem PAE-DL do género masculino para o fator CFQ-False Triggering nem para todas as dimensões do BSI.

Vamos realizar seguidamente as análises conducentes ao estudo da hipótese “H4: Existem mais sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género feminino do que em adultos sem PAE-DL do género feminino”. Portanto, será estudada apenas a subamostra do género feminino.

Tabela 12

Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney das relações entre o BSI e a presença de dislexia para o género feminino

	Dislexia	N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
BSI-Somatização	Sim	22	1,01	,787	1432,5	** 0,000
	Não	266	,41	,514		
BSI-Obsessão/Compulsão	Sim	22	1,55	,956	1716,0	** 0,001
	Não	266	,89	,706		
BSI-Sensibilidade Interpessoal	Sim	22	1,19	1,052	2236,0	0,062
	Não	266	,71	,761		
BSI-Depressão	Sim	22	1,34	1,029	1939,5	** 0,008
	Não	266	,74	,710		
BSI-Ansiedade	Sim	22	1,17	,955	1927,5	** 0,007
	Não	266	,66	,644		
BSI-Hostilidade	Sim	22	1,50	1,141	1504,5	** 0,000
	Não	266	,65	,596		
BSI-Ansiedade Fóbica	Sim	22	,83	,831	1645,5	** 0,000
	Não	266	,32	,558		
BSI-Ideação Paranoide	Sim	22	1,41	1,061	2090,5	* 0,025
	Não	266	,89	,806		
BSI-Psicoticismo	Sim	22	,97	,878	1870,5	** 0,004
	Não	266	,46	,536		

* p < 0,05

** p < 0,01

O valor de prova é inferior a 5% para as dimensões BSI-Somatização, BSI-Obsessão/Compulsão, BSI-Depressão, BSI-Ansiedade, BSI-Hostilidade, BSI-Ansiedade Fóbica, BSI-Ideação Paranoide e BSI-Psicoticismo, considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de adultos, para o género feminino.

O valor de prova é superior a 5% para a dimensão BSI-Sensibilidade Interpessoal, considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de adultos, para o género feminino.

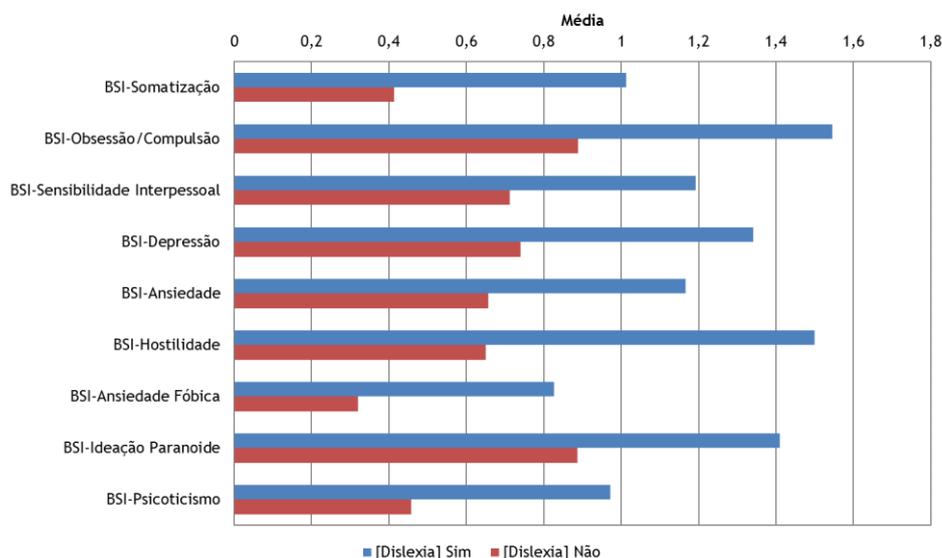


Figura 11. Médias das relações entre o BSI e a presença de dislexia, para o género feminino

Podemos considerar que as dimensões BSI-Somatização, BSI-Obsessão/Compulsão, BSI-Depressão, BSI-Ansiedade, BSI-Hostilidade, BSI-Ansiedade Fóbica, BSI-Ideação Paranoide e BSI-Psoticismo apresentam valores superiores para os adultos com PAE-DL, no género feminino, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, a dimensão BSI-Sensibilidade Interpessoal também apresenta valores superiores para os adultos com PAE-DL, no género feminino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Tabela 13

Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney das relações entre o QFC e a presença de dislexia para o género feminino

	Dislexia	N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
CFQ-Forgetfulness	Sim	22	20,36	6,114	1201,5	** 0,000
	Não	266	13,19	6,039		
CFQ-Distractibility	Sim	22	18,77	7,010	1330,5	** 0,000
	Não	266	11,70	6,130		
CFQ-False Triggering	Sim	22	15,41	5,762	1447,5	** 0,000
	Não	266	10,06	5,975		

* p < 0,05

** p < 0,01

O valor de prova é inferior a 5% para todas os fatores do QFC, considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de adultos, para o género feminino.

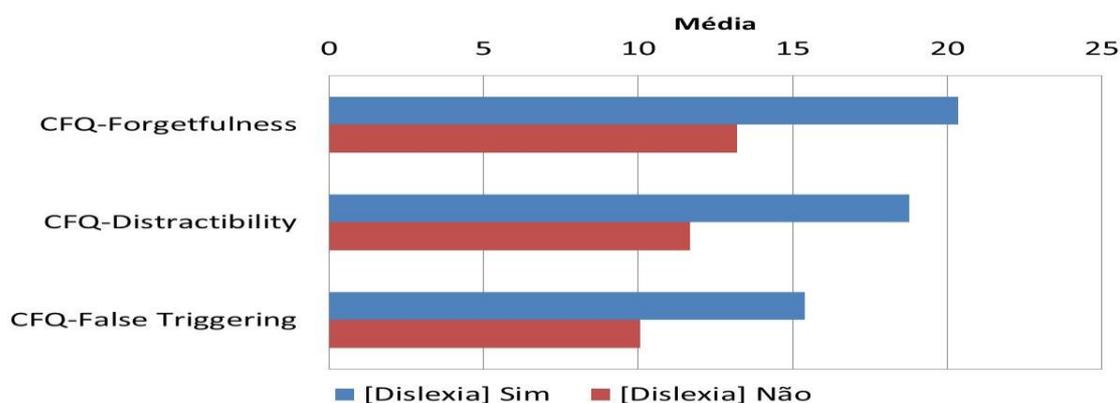


Figura 12. Médias das relações entre o QFC e a presença de dislexia para o género feminino

Podemos considerar que todos os fatores do QFC apresentam valores superiores para os adultos com PAE-DL, no género feminino, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Portanto, podemos concluir que se verifica a hipótese “H4: Existem mais sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género feminino do que em adultos sem PAE-DL do género feminino” para as dimensões do BSI, com exceção apenas da dimensão BSI-Sensibilidade Interpessoal, e para todos os fatores do QFC.

Correlacionar sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL, quanto ao género

Este objetivo está diretamente associado com as hipóteses “H5: Existe uma correlação entre sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género masculino” e “H6: Existe uma correlação entre sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género feminino”.

Vamos realizar em primeiro lugar as análises conducentes ao estudo da hipótese “H5: Existe uma correlação entre sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género masculino”. Portanto, será estudada apenas a subamostra do género masculino.

Tabela 14

Correlação entre o BSI e o QFC para o género masculino

	N=7	CFQ- Forgetfulness	CFQ- Distractibility	CFQ-False Triggering
BSI-Somatização	Coef. Correlação	0,126	0,147	0,518
	Valor de prova	0,788	0,754	0,234
BSI-Obsessão/Compulsão	Coef. Correlação	0,281	0,585	0,744
	Valor de prova	0,541	0,167	0,055
BSI-Sensibilidade Interpessoal	Coef. Correlação	0,525	0,611	0,782(*)
	Valor de prova	0,227	0,145	0,038
BSI-Depressão	Coef. Correlação	0,369	0,541	0,705
	Valor de prova	0,416	0,210	0,077
BSI-Ansiedade	Coef. Correlação	-0,070	0,178	0,477
	Valor de prova	0,881	0,702	0,279
BSI-Hostilidade	Coef. Correlação	0,491	0,579	0,737
	Valor de prova	0,263	0,173	0,059
BSI-Ansiedade Fóbica	Coef. Correlação	0,346	0,475	0,658
	Valor de prova	0,447	0,281	0,108
BSI-Ideação Paranoide	Coef. Correlação	0,424	0,466	0,539
	Valor de prova	0,343	0,292	0,212
BSI-Psicoticismo	Coef. Correlação	0,221	0,330	0,589
	Valor de prova	0,634	0,469	0,164

** p < 0.01 * p < 0.05

Para os adultos com PAE-DL do género masculino (7 elementos), verifica-se apenas uma relação positiva estatisticamente significativa entre a dimensão BSI-Sensibilidade Interpessoal do BSI e a dimensão CFQ-False Triggering do QFC, com um valor do coeficiente de correlação de $r=0,782$ ($p=0,038$). Esta relação positiva significa que, para os adultos com PAE-DL do género masculino, quem apresenta maiores valores na dimensão BSI-Sensibilidade Interpessoal do BSI apresenta também valores significativamente mais elevados na dimensão CFQ-False Triggering do QFC.

Alguns dos restantes valores dos coeficientes de correlação são também elevados, mas devido à reduzida dimensão da subamostra em estudo, não são estatisticamente significativos.

Portanto, podemos concluir que não se verifica a hipótese “H5: Existe uma correlação entre sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género masculino”, apenas com a exceção da relação positiva estatisticamente significativa entre a dimensão BSI-Sensibilidade Interpessoal do BSI e a dimensão CFQ-False Triggering do QFC.

Finalmente, apresentam-se as análises que permitem estudar a hipótese “H6: Existe uma correlação entre sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género feminino”, analisando agora apenas a subamostra do género feminino com PAE-DL (22 elementos).

Tabela 15

Correlação entre o BSI e o QFC para o género feminino

	N=22	CFQ- Forgetfulness	CFQ- Distractibility	CFQ-False Triggering
BSI-Somatização	Coef. Correlação	0,272	0,195	0,369
	Valor de prova	0,221	0,384	0,091
BSI-Obsessão/Compulsão	Coef. Correlação	0,561(**)	0,710(**)	0,527(*)
	Valor de prova	0,007	0,000	0,012
BSI-Sensibilidade Interpessoal	Coef. Correlação	0,322	0,479(*)	0,401
	Valor de prova	0,144	0,024	0,065
BSI-Depressão	Coef. Correlação	0,356	0,596(**)	0,457(*)
	Valor de prova	0,103	0,003	0,032
BSI-Ansiedade	Coef. Correlação	0,371	0,476(*)	0,417
	Valor de prova	0,089	0,025	0,054
BSI-Hostilidade	Coef. Correlação	0,410	0,592(**)	0,435(*)
	Valor de prova	0,058	0,004	0,043
BSI-Ansiedade Fóbica	Coef. Correlação	0,343	0,382	0,379
	Valor de prova	0,118	0,079	0,082
BSI-Ideação Paranoide	Coef. Correlação	0,190	0,382	0,274
	Valor de prova	0,396	0,079	0,218
BSI-Psicoticismo	Coef. Correlação	0,527(*)	0,677(**)	0,590(**)
	Valor de prova	0,000	0,000	0,000

** p < 0.01

* p < 0.05

Verificam-se relações positivas estatisticamente significativas entre: a dimensão BSI-Obsessão/Compulsão do BSI e todas as dimensões do QFC; a dimensão BSI-Sensibilidade Interpessoal do BSI e a dimensão CFQ-Distractibility do QFC; a dimensão BSI-Depressão do BSI e as dimensões CFQ-Distractibility e CFQ-False Triggering do QFC; a dimensão BSI-Ansiedade do BSI e a dimensão CFQ-Distractibility do QFC; a dimensão BSI-Hostilidade do BSI e as dimensões CFQ-Distractibility e CFQ-False Triggering do QFC; a dimensão BSI-Psicoticismo do BSI e todas as dimensões do QFC.

Estas relações positivas significam que, para os adultos com PAE-DL do género feminino, quem apresenta maiores valores nas dimensões referidas do BSI apresenta também valores significativamente mais elevados nas dimensões referidas do QFC. Alguns dos restantes valores dos coeficientes de correlação são também elevados, mas devido à reduzida dimensão da subamostra em estudo, não são estatisticamente significativos.

Portanto, podemos concluir que se verifica a hipótese “H6: Existe uma correlação entre sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género feminino” para as relações elencadas, sendo que um aumento dos sintomas do BSI corresponde a um aumento significativo das falhas do QFC, para o género feminino.

CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Pela análise feita às respostas recolhidas, de acordo com as opiniões manifestadas pelos inquiridos verificamos que a hipótese 1: “Existem mais sintomas psicopatológicos em adultos com PAE-DL do que em adultos sem PAE-DL” e a hipótese 2: “Existem mais falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do que em adultos sem PAE-DL”, se confirmam, visto que, através do cruzamento das informações do BSI e do QFC são apresentados valores superiores para os adultos com dislexia.

Maag e Reid (2006) referem que os sujeitos com dificuldades na leitura apresentam maiores níveis de depressão, traços de ansiedade e queixas somáticas, quando comparados a leitores fluentes. Os mesmos autores ainda evidenciam que os estudantes com perturbações de aprendizagem apresentam pontuações mais elevadas nos testes de sintomatologia depressiva face aos sujeitos sem o diagnóstico.

Relativamente às falhas cognitivas estes são erros que os indivíduos cometem no quotidiano e que podem comprometer, em maior ou menor grau, as atividades diárias. Investigadores têm avaliado os mecanismos que estão subjacentes a estas falhas e identificam «erros na formação de intenções»; falsa ativação de esquemas e falsos triggering - interrupção de do processamento de uma sequência de ações (Broadbent, Cooper, FitzGerald, & Parkes, 1982; Norman, 1976). Neste sentido, têm sido identificadas falhas na memória de curto prazo de indivíduos portadores de PAE-DL e essas falhas persistem durante a idade adulta (Marjerus & Cowan, 2016). Um outro domínio cognitivo que parece ser responsável pelas falhas cognitivas e estar envolvido na PAE-DL é a atenção (Martinez Perez, Poncelet, Salmon & Majerus, S., 2015).

De acordo com Marjerus e Cowan, 2016, fracas competências de memória, nomeadamente no que se refere à recuperação por posição serial, são um fator de risco para o aparecimento de dificuldades de aprendizagem em diversos domínios cognitivos.

No que diz respeito à hipótese 3: “Existem mais sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género masculino do que em adultos sem PAE-DL do género masculino”, podemos concluir que existem mais falhas cognitivas nos fatores CFQ-Forgetfulness e CFQ-Distractibility em adultos com PAE-DL do género masculino do que em adultos sem PAE-DL do género masculino, mas não existem diferenças entre adultos com PAE-DL e adultos sem PAE-DL do género masculino para o fator CFQ-False Triggering nem para todas as dimensões do BSI.

Relativamente à hipótese 4: “Existem mais sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género feminino do que em adultos sem PAE-DL do género feminino”, podemos concluir que se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Quanto à hipótese 5: “Existe uma correlação entre sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género masculino”, podemos concluir que não se

verifica, apenas com a exceção da relação positiva estatisticamente significativa entre a dimensão BSI-Sensibilidade Interpessoal do BSI e a dimensão CFQ-False Triggering do QFC.

Por último, em relação à hipótese 6: “Existe uma correlação entre sintomas psicopatológicos e falhas cognitivas em adultos com PAE-DL do género feminino”, conclui-se que se verificam diferenças estatisticamente significativas para as relações elencadas.

Sendo a dislexia um distúrbio congénito e hereditário, estudos mostram que ela afeta na sua grande maioria meninos, sendo que o fator genético aumenta em cerca de 50% da probabilidade de que filhos de pais disléxicos venham a ser diagnosticados com a mesma dificuldade de aprendizagem. Nas meninas, mesmo com fatores de hereditariedade, o índice de dificuldades de aprendizagem (dislexia) é menor do que em meninos (Snowling & Stackhouse, 2004). Neste sentido, os resultados obtidos nas hipóteses 3 e 4 não corroboram o que a literatura nos apresenta.

O presente estudo conteve algumas limitações, especialmente no que diz respeito à escassez de informação na literatura relativamente a este tipo de população. A reduzida amostra de sujeitos com PAE-DL (N= 29), que não permite a generalização dos resultados, o facto da disseminação dos questionários ter sido difundida de forma *online* não nos garante a fiabilidade dos dados e a falta de controlo de outras variáveis são outras das limitações encontradas. No mesmo sentido, a forma de resposta de autorrelato pode não ser uma medida fidedigna, pois representam as perceções que os sujeitos têm de si próprios.

Conforme adiantam Marjerus e Cowan (2016), dado que essas inconsistências podem estar relacionadas a algum grau de heterogeneidade em populações disléxicas, as características da população devem ser relatadas com o maior detalhe possível e incluir informações sobre o histórico do diagnóstico, como os testes utilizados, o ambiente linguístico e socioeconómico, bem como uma caracterização abrangente das habilidades cognitivas linguísticas e não linguísticas.

Com este estudo, não se pretende obter e apresentar resultados definitivos, mas antes obter a perceção do muito que pode ser feito pelos indivíduos portadores da PAE-DL. Após a conclusão deste trabalho, fica-se com a noção clara que diversas linhas de investigação ficam em aberto. Assim, em estudos futuros, poder-se-á alargar este estudo a diferentes contextos e perceber até que ponto as respostas poderão variar ou não.

No entanto, a linha que me parece mais adequada seria dar continuidade a esta investigação, num contexto laboratorial, colocando os sujeitos perante tarefas de leitura e avaliar a partir da neuroimagem.

Referências

- Allen, A. L. (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.
- Almeida, F., & Vaz, J. (2005). Disortografia/Dislexia/Disgrafia. *Alunos com Necessidades Especiais. Que Respostas?* Mangualde: Edições Pedagogo.
- Alves, R. A., & Castro, S. (2005). Despistagem da dislexia em adultos através do Questionário História de Leitura - Adult dyslexia screening using a Portuguese self-report measure. *IberPsicología*, 1-7.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing*. New York: McMillan.
- APA. (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais - IV*. Climepsi Editores.
- APA. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais - DMS 5 (5ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Attout, L., & Majerus, S. (2015). Working memory deficits in development dyscalculia: the importance of serial order. *Child Neuropsychol*(21), 432-450. doi:10.1080/09297049.2014.922170
- Batista, M., & Oliveira, S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6(2), 43-50.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- 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.
- Bonini, F. V., Mari, R. R., Anjos, S. A., Joveliano, V., & Teixeira, S. C. (2010). Problemas Emocionais em um Adulto com Dislexia: um estudo de caso. *Rev. Psicopedagogia*, 27(83), 310-22.
- Bonomi, T. M., & Lotufo-Neto, F. (2010). Psicopatologia nas histórias em quadrinhos e cartoons. *Rev. Psiq clín*, 37(6), 291-295.
- Broadbent, D. E., Cooper, P. F., FibzGerald, P., & Parkes, K. R. (1982). The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 1-16.
- Bruning, R. H., Schraw, g. J., & Ronning, R. R. (2002). *Psicología cognitiva e intrucción*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cabussú, M. A. (2009). Dislexia e estresse: implicações neuropsicológicas e psicopedagógicas. *Rev. Psicopedagogia*, 26(81), 476-85.
- Caíres, M., & Shinohara, H. (2010). Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(1), 62-84.

- Canavarro, C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI. Em M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga: SHO/APPORT.
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F., & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 20-23.
- Chiland, C. (1973). La maladie nommée dyslexie exist-t-elle? Em *L`enfant de 6 ans et son avenir* (Vol. 1, 203-248). Puf.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Rev Psiq Clín*, 37(4), 145-151.
- Cruz, V. (1999). *Dificuldades de Aprendizagem - Fundamentos*. Porto: Porto Editora.
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Derogatis, L. R. (1982). BSI: Brief Symptom Inventory. Minneapolis: National Computers Systems.
- Derogatis, L. R. (1993). BSI: Brief Symptom Inventory. 3ª. Minneapolis: National Computers Systems.
- DeVilles, R. F. (1991). *Scale Development. Theory and applications*. London: Sage Publications.
- Eden, G., & Zeffiro, T. (1998). Neural systems affected in developmental dyslexia revealed by functional neuroimaging. *Neuron*, 21(2), 279-282.
- Ghisi, M., Bottesi, G., Re, A. M., Cerea, S., & Mammarella, I. C. (2016). Socioemotional Features and Resilience in Italian University students with and without Dyslexia. *Frontiers in Psychology*, 7(478), 1-9. doi:10.3389/fpsyg.2016.00478
- Grinblat, N., & Rosenblum, S. (2016). Why are they late? Timing abilities and executive control among students with learning disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 59, 105-115. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2016.07.012>
- Hemsing, M., & Skrypsack, D. (s.d.). *Dificuldades de Aprendizagem*. 1-11. Obtido de http://eventos.seifai.edu.br/eventosfai_dados/artigos/semic2016/375.pdf
- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabo.
- Inácio, A. (2015). *Dificuldades de leitura em adultos sinalizados com Dislexia : análise de alguns preditores cognitivos*. Dissertação, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro.
- Kussmaul, A. (1877). Word deafness and word blindness. *Cyclopaedia of the practice of medicine*, 770-778.
- Laranjeira, C. A. (2015). *Dislexa em crianças e adolescentes - perspetiva atual*. Dissertação/Artigo de revisão bibliográfica, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

- 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.
- Lima, R. F., Salgado, C. A., & Ciasca, S. M. (2011). Associação da dislexia do desenvolvimento com comorbidade emocional: um estudo de caso. *Rev. CEFAC*, 13(4), 756-762.
- Lyon, R., Shaywitz, S., & B. (2003). A definition of dyslexia. Em *Annals of dyslexia* (pp. 1-14).
- Maag, J. W., & R., R. (2006). Depression Among Students with Learning Disabilities: Assessing the Risk. 39(1), 3-10. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/7265922_Depression_Among_Students_with_Learning_Disabilities_Assessing_the_Risk
- Macdonald, S. J. (2015). Dyslexia: the government of reading. *Disability & Society*, 162-163.
- Majerus, S., & Cowan, N. (2016). The natura of verbal short-term impairment in dyslexia: The importance of serial order. *Front. Psychol.*(03). doi:10.3389/fpsyg.2016.01522
- Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Edições ReportNumber.
- Marques, D. d. (2014). *O jogo no desenvolvimento da criança disléxica*. Dissertação, Escola Superior de educação João de Deus, Lisboa.
- Martin, J., Colo, P., Leuwers, C., Casalis, S., Zorman, M., & Sprenger-Charolles, L. (2010). Reading in French-speaking adults with dyslexia. *Ann. Dyslexia* 60, 238-264. doi:10.1007/s11881-010-0043-8
- Martinez Perez, T., Majerus, S., & Poncelet, M. (2012). Impaired short-term memory for order in adults with dyslexia. *Recharch in Development Disabilities*, 34, 2211-2223.
- Martinez Perez, T., Poncelet, M., Salmon, E., & Majerus, S. (2015). Funcional alterations in order short-term networks in adults with dyslexia. *Dev. Neuropsychol*(40), 407-429. doi:10.1080/87565641.2016.1153098
- Maughan, B., Rowe, R., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2003). Reading Problems and Depressed Mood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(2), 219-229. Obtido de <http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/17082/Maughan?sequence=2>
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2007). Relação entre Vinculação, Sintomatologia Psicopatológica e Bem-Estar, em estudantes do primeiro ano do ensino superior. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(8), 83-93.
- Moojen, S. M., Bassôa, A., & Gonçalves, H. A. (2016). Características da Dislexia de Desenvolvimento e sua Manifestação na Idade Adulta. *Rev. Psicopedagogia*, 33(100), 50-59.
- Morgan, W. P. (1896). A case of congenital word blindness. *British medical journal*, 1378.
- Muñiz, J. (2003). *Teoria clássica de los test*. Madrid: Pirâmide.
- Muñiz, J., Fidalgo, A., Garcia-Cueto, E., Martinez, R. J., & Moreno, R. (2005). *Análises de los itens*. Madrid: La Muralla.
- Nicolson, R. I., Fawcett, A. J., & Dean, P. (2001). Developmental dyslexia: the cerebellar deficit hypothesis. *Trends in neuroscience*, 508-5011.

- Nicolson, R., & Fawcett, A. (2005). Developmental dyslexia, learning and the cerebellum. *Journal of Neural Transmission*, 69, 19-36.
- Nielsen, L. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na sala de aula - Um guia para profrrsores*. Porto: Porto Editora.
- Norman, D. A. (1976). *Memory and attention: An introduction to human information processing*. New York: Wiley.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Paiva, G. C., Fialho, M. B., Costa, D. d., & Paula, J. J. (2016). Ecological validity of the five digit test and the. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 74(1), 29-34. doi:10.1590/0004-282X20150184
- Paixão, W. S., Paixão, R. C., & Paixão, V. M. (2015). Dislexia: contruir-desconstruir-reconstruir. *Encontro internacional de formação de professores e fórum permanente de inovação educacional*, pp. 1-14.
- Peres, S., & Mousinho, R. (2017). A Avaliação de Adultos com Dificuldades de Leitura. *Revista Psicopedagogia*(34), 20-32.
- Perfetti, C. (2003). The universal grammar of reading. *Scientific Studies of Reading*, 7(1), 3-24.
- Pestana, M. H., & Nuno, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Quivy, R., Campenhoudt, & Van, L. (2005). *Manual de investigação em Ciências Sociais* (4ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Rast, P., Zimprich, D., Van Boxtel, M., & Jolles. (2009). Factor scrture and mesurment invariance of the cognitive failures questionnaire across the adult life span. *Assessment*, 16(2), 145-148. doi:10.1177/1073191108324440
- Ribeiro, A., & Batista, A. (2006). *Dislexia - compreensão, avaliação, estratégias*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, F. L. (2008). *A criança disléxica e a escola*. Dissertação, Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, Porto.
- Richardson, S. O. (1992). Historical perspectives on dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*, 40-47.
- Ryan, M. (2004). The International Dyslexia Association. Obtido de The Regents of the University of Michigan: <http://dyslexiahelp.umich.edu/parents/living-with-dyslexia/home/social-emotional-challenges/what-does-dyslexic-person-feel>.
- 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, C. (1984). *Dislexia específica de evolução*. São Paulo: Sarvier.
- Scanlon, D. (2013). Specific learning disability and its newest definition: Wich is comprehensive? And which is insufficient? *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 26-33. doi:10.1177/ 0022219412464342

- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia geral* (3ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Schirmer, C., Fontoura, D., & Nunes, M. (2004). Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. *Journal of Pediatrics*, 80(2), 95-103.
- Selikowitz, M. (2001). *Dislexia e outras dificuldades*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Shaywitz, S. (2008). *Vencer a Dislexia*. Porto: Porto Editora.
- Snowling, M., & Stackhouse, J. (2004). *Dislexia, fala e linguagem*. Porto Alegre: Artemed.
- 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.
- Sternberg, R. J., & Spear-Swerling, L. (1999). *Perspectives on learning disabilities*. Boulder, CO: Westview.
- Sternberg, R. J., & Sternberg, K. (2012). *Cognitive psychology*. CA: Wadsworth.
- Sucena, A., Castro, S. L., & Seymour, P. (2009). Development dyslexia in an orthography of intermediate depth: the case of European Portuguese. *Reading and Writing*(22), 791-810.
- Teles, P. (2004). Dislexia - como identificar ? como intervir ? *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 713-30.
- Torres, R., & Fernández, P. (2001). *Dislexia, disortografia e disgrafia*. Lisboa: McGrawHill.
- Wang, X., Xuan, Y., & Jarrold, C. (2016). Using a process dissociation approach to assess verbal short-term memory for item and order information in a sample of individuals with a self-reported diagnosis of dyslexia. *Front. Psychol.*(7), 208. doi:10.3389/fpsyg.2016.00208

ANEXOS

ANEXO 1: Parecer da OPP



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

Parecer 55/CEOPP/2017

Sobre a utilização de inventários em investigações desenvolvidas online

Relator: Raul Melo

Preâmbulo:

A Comissão de Ética da Ordem dos Psicólogos Portugueses, em reunião ordinária do dia 22 de abril de 2017, e tendo por base uma solicitação de esclarecimento por parte de um associado, entendeu elaborar um parecer sobre a utilização de questionários e inventários em investigações desenvolvidas online.

Este parecer não visa arbitrar nenhuma questão concreta, mas apenas pronunciar-se sobre algumas questões genéricas tidas como relevantes para a boa prática da psicologia em geral e para a investigação psicológica em particular.

Como ponto prévio, não pode esta Comissão deixar de fazer referência ao Código Deontológico da OPP como base para a resposta às questões entretanto colocadas, e em especial, no que diz respeito ao princípio geral da **Responsabilidade**, e aos princípios específicos referentes à **Investigação**.

Reconhece-se a função essencial da investigação psicológica na sustentação de uma intervenção que se pretende de base científica, no plano da caracterização de grupos e populações, na compreensão dos processos



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

psicológicos, na definição de modelos explicativos do comportamento humano e no desenvolvimento de instrumentos de avaliação entre outras áreas da prática psicológica.

Reconhece-se igualmente que a investigação desenvolvida em suporte online tem assumido uma crescente adesão, em função dos menores custos inerentes à mesma, do facto de poder proporcionar a recolha de amostras de dimensões muito superiores à investigação tradicional, com uma maior distribuição geográfica e poder estatístico.

Mesmo salvaguardando todos os procedimentos exigidos a uma investigação rigorosa, nomeadamente a garantia de confidencialidade bem como a obtenção do consentimento informado dos participantes com base na compreensão inequívoca dos propósitos do estudo, um conjunto de questões éticas colocam-se no que diz respeito à utilização dos instrumentos de recolha de dados, sendo sobre as mesmas que este parecer se debruçará.

Considerando que:

1. A escolha dos instrumentos de avaliação psicológica, adiante referidos como instrumentos, utilizados em investigação incide, frequentemente, sobre instrumentos já estudados e anteriormente validados;
2. O psicólogo investigador deve sempre garantir a autorização prévia junto aos autores ou aos detentores dos direitos dos instrumentos por si seleccionados para sua utilização no estudo/investigação;
3. A utilização de um instrumento deverá decorrer de acordo com a sequência dos itens e de acordo com os procedimentos determinados pelo seu autor;

Página 2 de 4



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

4. A acessibilidade a um instrumento que é comercializado afeta o seu valor comercial e prejudica os detentores dos seus direitos;
5. A acessibilidade generalizada da comunidade cibernauta a um instrumento disponibilizado num estudo online, mesmo que este seja de uso gratuito, poderá ter impacto negativo na sua futura utilização, nomeadamente quando aplicado em contexto de seleção profissional ou de avaliação de competências cognitivas ou de aprendizagem;
6. O Psicólogo tem a obrigação de proteger a integridade dos instrumentos selecionados para a investigação/estudo.

Somos de parecer que:

1. O pedido de autorização para a utilização dos instrumentos junto aos seus autores ou aos detentores dos direitos sobre os mesmos, deverá ser muito claro sobre: (1) os procedimentos definidos para a sua aplicação online; (2) as salvaguardas idealizadas pelo investigador para garantir a proteção dos questionários e inventários quanto ao controlo da exposição dos mesmos ao acesso público;
2. No sentido de proporcionar a segurança necessária à obtenção da autorização para a utilização dos instrumentos, o investigador poderá propor a descaracterização das provas, retirando quaisquer elementos que permitam a identificação dos questionários e inventários, apresentando os itens das diferentes provas numa sequência única, sem contudo comprometer a ordenação dos mesmos dentro de cada um dos materiais;



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

3. O investigador deverá equacionar a possibilidade de recorrer a estratégias que restrinjam aos participantes seleccionados para a amostra o contacto com as provas, limitando esse mesmo contacto ao menor período de tempo possível;
4. Do mesmo modo, mediante o recurso a programação, o investigador poderá equacionar a adoção de estratégias que impeçam a cópia da página em que os instrumentos são apresentados, evitando deste modo que o respondente possa gravar as questões que lhe são colocadas;
5. Caso as estratégias delineadas pelo investigador não sejam suficientes para garantir a proteção dos instrumentos e dos direitos de quem os detém, o psicólogo deverá equacionar estratégias alternativas para atingir os seus objetivos.

A leitura deste parecer não dispensa a consulta do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

22 de abril de 2017

Aprovado pela Comissão de Ética da Ordem dos Psicólogos Portugueses

Relator do Parecer

Raul Melo

Presidente da Comissão de Ética

Miguel Ricou

Página 4 de 4

ANEXO 2: Consentimento Informado

Investigação em neurodesenvolvimento cognitivo: perturbações específicas da aprendizagem - leitura

(Magalhães, M; Santos, B; Monteiro, F; Mendes, P.; Castanho, L.; Augusto, T.; Eusébio, A.; Rodrigues, P.; Maia, L. & Simões, F, 2016)

* = Required Question

Somos um grupo de investigação da Universidade da Beira Interior constituído por 3 docentes e 8 alunos do 2º ano do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Neste trabalho pretendemos avaliar o impacto da dislexia em diversos fatores da vivência na fase adulta, pelo que só deve preencher quem tenha mais de 18 anos. Ao responder às perguntas, faça-o de forma honesta e despreocupada sem se demorar muito tempo em cada uma delas. Não existem respostas certas nem erradas.

Ao submeter este questionário está a concordar que os seus dados sejam usados na presente investigação, sabendo que as suas respostas serão tratadas de forma anónima e confidencial.

Se estiver interessado em participar noutras fases deste estudo, por favor, deixe o seu contacto de email. Se não estiver interessado, deixe o espaço em branco.

A equipa responsabiliza-se, ainda assim, por um tratamento dos dados anónimo e confidencial.

ANEXO 3: Tabelas de Frequência retiradas do SPSS

Tabela de frequências: Género

	Frequência	Percentagem
Feminino	288	74,8
Masculino	97	25,2
Total	385	100,0

Tabela de frequências: Estado Civil

	Frequência	Percentagem
Casado	74	19,2
Solteiro	198	51,4
Comprometido	67	17,4
União de facto	29	7,5
Divorciado	14	3,6
Separado	2	,5
Viúvo	1	,3
Total	385	100,0

Tabela de frequências: Agregado Familiar

	Frequência	Percentagem
Alargada (pais, filhos e avós/tios)	24	6,2
Monoparental	17	4,4
Nuclear (pais e filhos)	237	61,6
Reconstruída (casal em que membro tem filhos anteriores)	5	1,3
Somente o Casal	44	11,4
Sozinho	58	15,1
Total	385	100,0

Verificam-se 2 não respostas.

Tabela de frequências: Habilitações Literárias

	Frequência	Percentagem
Até ao 4º ano	4	1,0
Até ao 6º ano	5	1,3
Bacharelato	5	1,3
Doutoramento	11	2,9
Ensino básico (Até ao 9º ano)	23	6,0
Ensino Secundário (até ao 12º ano)	84	21,8
Licenciatura pós-Bolonha	121	31,4
Licenciatura pré-Bolonha	54	14,0
Mestrado pós-Bolonha	62	16,1
Mestrado pré-Bolonha	16	4,2
Total	385	100,0

Verificam-se 2 não respostas.

Tabela de frequências: está atualmente doente?

	Frequência	Percentagem
Sim	27	7,0
Não	358	93,0
Total	385	100,0

Verificam-se 2 não respostas.

Tabela de frequências: Patologias com que já foi diagnosticado

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Ansiedade	116	30,1%	269	69,9%
Depressão	70	18,2%	315	81,8%
Dislexia	29	7,5%	356	92,5%
Défice de atenção	13	3,4%	372	96,6%

Tabela de frequências: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

	0		1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BSI-P1	80	20,8%	109	28,3%	125	32,5%	49	12,7%	22	5,7%
BSI-P2	314	81,6%	42	10,9%	26	6,8%	3	,8%		
BSI-P3	323	83,9%	37	9,6%	21	5,5%	3	,8%	1	,3%
BSI-P4	274	71,2%	78	20,3%	26	6,8%	5	1,3%	2	,5%
BSI-P5	131	34,0%	148	38,4%	76	19,7%	24	6,2%	6	1,6%
BSI-P6	63	16,4%	140	36,4%	105	27,3%	57	14,8%	20	5,2%
BSI-P7	244	63,4%	88	22,9%	37	9,6%	14	3,6%	2	,5%
BSI-P8	305	79,2%	48	12,5%	24	6,2%	5	1,3%	3	,8%
BSI-P9	352	91,4%	17	4,4%	13	3,4%	1	,3%	2	,5%
BSI-P10	154	40,0%	97	25,2%	79	20,5%	33	8,6%	22	5,7%
BSI-P11	217	56,4%	102	26,5%	47	12,2%	16	4,2%	3	,8%
BSI-P12	268	69,6%	66	17,1%	39	10,1%	7	1,8%	5	1,3%
BSI-P13	277	71,9%	71	18,4%	26	6,8%	6	1,6%	5	1,3%
BSI-P14	207	53,8%	96	24,9%	57	14,8%	21	5,5%	4	1,0%
BSI-P15	178	46,2%	126	32,7%	58	15,1%	20	5,2%	3	,8%
BSI-P16	179	46,5%	108	28,1%	64	16,6%	27	7,0%	7	1,8%
BSI-P17	108	28,1%	144	37,4%	86	22,3%	36	9,4%	11	2,9%
BSI-P18	190	49,4%	112	29,1%	59	15,3%	17	4,4%	7	1,8%
BSI-P19	283	73,5%	70	18,2%	21	5,5%	7	1,8%	4	1,0%
BSI-P20	218	56,6%	98	25,5%	39	10,1%	21	5,5%	9	2,3%
BSI-P21	178	46,2%	126	32,7%	55	14,3%	21	5,5%	5	1,3%
BSI-P22	214	55,6%	103	26,8%	48	12,5%	12	3,1%	8	2,1%
BSI-P23	280	72,7%	67	17,4%	34	8,8%	1	,3%	3	,8%
BSI-P24	204	53,0%	109	28,3%	55	14,3%	10	2,6%	7	1,8%
BSI-P25	151	39,2%	107	27,8%	64	16,6%	39	10,1%	24	6,2%
BSI-P26	141	36,6%	133	34,5%	75	19,5%	25	6,5%	11	2,9%
BSI-P27	145	37,7%	142	36,9%	66	17,1%	24	6,2%	8	2,1%
BSI-P28	333	86,5%	27	7,0%	16	4,2%	6	1,6%	3	,8%
BSI-P29	296	76,9%	46	11,9%	30	7,8%	9	2,3%	4	1,0%
BSI-P30	297	77,1%	57	14,8%	24	6,2%	1	,3%	6	1,6%
BSI-P31	294	76,4%	59	15,3%	27	7,0%	2	,5%	3	,8%
BSI-P32	287	74,5%	59	15,3%	26	6,8%	12	3,1%	1	,3%
BSI-P33	272	70,6%	68	17,7%	38	9,9%	5	1,3%	2	,5%
BSI-P34	330	85,7%	35	9,1%	14	3,6%	6	1,6%		
BSI-P35	208	54,0%	96	24,9%	47	12,2%	28	7,3%	6	1,6%
BSI-P36	119	30,9%	137	35,6%	82	21,3%	34	8,8%	13	3,4%
BSI-P37	234	60,8%	87	22,6%	49	12,7%	15	3,9%		
BSI-P38	219	56,9%	89	23,1%	50	13,0%	17	4,4%	10	2,6%
BSI-P39	297	77,1%	60	15,6%	23	6,0%	5	1,3%		
BSI-P40	283	73,5%	70	18,2%	22	5,7%	6	1,6%	4	1,0%
BSI-P41	273	70,9%	67	17,4%	35	9,1%	8	2,1%	2	,5%
BSI-P42	214	55,6%	124	32,2%	35	9,1%	9	2,3%	3	,8%
BSI-P43	278	72,2%	63	16,4%	34	8,8%	6	1,6%	4	1,0%
BSI-P44	241	62,6%	90	23,4%	36	9,4%	13	3,4%	5	1,3%
BSI-P45	339	88,1%	23	6,0%	18	4,7%	2	,5%	3	,8%
BSI-P46	206	53,5%	115	29,9%	46	11,9%	13	3,4%	5	1,3%
BSI-P47	311	80,8%	39	10,1%	26	6,8%	8	2,1%	1	,3%
BSI-P48	146	37,9%	114	29,6%	70	18,2%	34	8,8%	21	5,5%
BSI-P49	275	71,4%	62	16,1%	32	8,3%	12	3,1%	4	1,0%
BSI-P50	234	60,8%	87	22,6%	36	9,4%	16	4,2%	12	3,1%

	0		1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BSI-P51	163	42,3%	90	23,4%	85	22,1%	30	7,8%	17	4,4%
BSI-P52	197	51,2%	120	31,2%	49	12,7%	15	3,9%	4	1,0%
BSI-P53	249	64,7%	69	17,9%	43	11,2%	18	4,7%	6	1,6%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0- nunca; 1- poucas vezes; 2- algumas vezes; 3- muitas vezes; 4- muitíssimas vezes.

Estatísticas: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef.		Máximo
				Variação	Mínimo	
BSI-P1	385	1,54	1,12	73%	0	4
BSI-P2	385	0,27	0,62	230%	0	3
BSI-P3	385	0,24	0,61	254%	0	4
BSI-P4	385	0,40	0,72	181%	0	4
BSI-P5	385	1,03	0,96	94%	0	4
BSI-P6	385	1,56	1,09	70%	0	4
BSI-P7	385	0,55	0,85	154%	0	4
BSI-P8	385	0,32	0,72	225%	0	4
BSI-P9	385	0,14	0,52	368%	0	4
BSI-P10	385	1,15	1,20	105%	0	4
BSI-P11	385	0,66	0,90	136%	0	4
BSI-P12	385	0,48	0,85	176%	0	4
BSI-P13	385	0,42	0,79	190%	0	4
BSI-P14	385	0,75	0,97	129%	0	4
BSI-P15	385	0,82	0,93	114%	0	4
BSI-P16	385	0,90	1,03	115%	0	4
BSI-P17	385	1,22	1,04	86%	0	4
BSI-P18	385	0,80	0,97	121%	0	4
BSI-P19	385	0,39	0,76	197%	0	4
BSI-P20	385	0,71	1,01	141%	0	4
BSI-P21	385	0,83	0,96	115%	0	4
BSI-P22	385	0,69	0,95	137%	0	4
BSI-P23	385	0,39	0,72	186%	0	4
BSI-P24	385	0,72	0,93	129%	0	4
BSI-P25	385	1,16	1,23	105%	0	4
BSI-P26	385	1,04	1,04	99%	0	4
BSI-P27	385	0,98	0,99	101%	0	4
BSI-P28	385	0,23	0,67	290%	0	4
BSI-P29	385	0,39	0,81	210%	0	4
BSI-P30	385	0,34	0,74	217%	0	4
BSI-P31	385	0,34	0,70	206%	0	4
BSI-P32	385	0,39	0,77	196%	0	4
BSI-P33	385	0,43	0,76	176%	0	4
BSI-P34	385	0,21	0,58	274%	0	3
BSI-P35	385	0,77	1,02	132%	0	4
BSI-P36	385	1,18	1,07	91%	0	4
BSI-P37	385	0,60	0,85	143%	0	3
BSI-P38	385	0,73	1,02	140%	0	4
BSI-P39	385	0,31	0,64	205%	0	3
BSI-P40	385	0,38	0,76	196%	0	4
BSI-P41	385	0,44	0,79	179%	0	4
BSI-P42	385	0,61	0,81	134%	0	4
BSI-P43	385	0,43	0,80	187%	0	4
BSI-P44	385	0,57	0,89	155%	0	4
BSI-P45	385	0,20	0,62	308%	0	4
BSI-P46	385	0,69	0,90	131%	0	4
BSI-P47	385	0,31	0,71	230%	0	4
BSI-P48	385	1,14	1,18	103%	0	4
BSI-P49	385	0,46	0,85	185%	0	4
BSI-P50	385	0,66	1,02	154%	0	4
BSI-P51	385	1,09	1,16	107%	0	4
BSI-P52	385	0,72	0,90	125%	0	4

BSI-P53	385	0,61	0,97	160%	0	4
---------	-----	------	------	------	---	---

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0- nunca; 1- poucas vezes; 2- algumas vezes; 3- muitas vezes; 4- muitíssimas vezes.

Tabela de frequências: Questionário de Falhas Cognitivas (QFC)

	0		1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
QFC-P1	7	1,8%	73	19,0%	176	45,7%	79	20,5%	50	13,0%
QFC-P2	42	10,9%	129	33,5%	120	31,2%	59	15,3%	35	9,1%
QFC-P3	78	20,3%	175	45,5%	84	21,8%	37	9,6%	11	2,9%
QFC-P4	151	39,2%	99	25,7%	54	14,0%	39	10,1%	42	10,9%
QFC-P5	160	41,6%	131	34,0%	63	16,4%	23	6,0%	8	2,1%
QFC-P6	103	26,8%	162	42,1%	61	15,8%	41	10,6%	18	4,7%
QFC-P7	76	19,7%	112	29,1%	103	26,8%	58	15,1%	36	9,4%
QFC-P8	90	23,4%	132	34,3%	104	27,0%	42	10,9%	17	4,4%
QFC-P9	68	17,7%	142	36,9%	94	24,4%	56	14,5%	25	6,5%
QFC-P10	90	23,4%	145	37,7%	87	22,6%	45	11,7%	18	4,7%
QFC-P11	142	36,9%	147	38,2%	65	16,9%	24	6,2%	7	1,8%
QFC-P12	158	41,0%	141	36,6%	61	15,8%	17	4,4%	8	2,1%
QFC-P13	76	19,7%	147	38,2%	106	27,5%	44	11,4%	12	3,1%
QFC-P14	59	15,3%	136	35,3%	117	30,4%	56	14,5%	17	4,4%
QFC-P15	43	11,2%	134	34,8%	124	32,2%	60	15,6%	24	6,2%
QFC-P16	111	28,8%	175	45,5%	60	15,6%	29	7,5%	10	2,6%
QFC-P17	54	14,0%	142	36,9%	106	27,5%	56	14,5%	27	7,0%
QFC-P18	147	38,2%	146	37,9%	58	15,1%	22	5,7%	12	3,1%
QFC-P19	39	10,1%	120	31,2%	112	29,1%	79	20,5%	35	9,1%
QFC-P20	76	19,7%	108	28,1%	107	27,8%	61	15,8%	33	8,6%
QFC-P21	38	9,9%	123	31,9%	115	29,9%	65	16,9%	44	11,4%
QFC-P22	12	3,1%	106	27,5%	156	40,5%	72	18,7%	39	10,1%
QFC-P23	113	29,4%	139	36,1%	91	23,6%	29	7,5%	13	3,4%
QFC-P24	73	19,0%	152	39,5%	103	26,8%	29	7,5%	28	7,3%
QFC-P25	83	21,6%	151	39,2%	98	25,5%	36	9,4%	17	4,4%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0- Nunca; 1- Muito raramente; 2- Ocasionalmente; 3- Frequentemente; 4- Muito frequentemente.

Estatísticas: Questionário de Falhas Cognitivas (QFC)

	N	Média	Coef.			
			Desvio Padrão	Variação	Máximo	
				Mínimo		
QFC-P1	385	2,24	0,97	43%	0	4
QFC-P2	385	1,78	1,12	63%	0	4
QFC-P3	385	1,29	0,99	76%	0	4
QFC-P4	385	1,28	1,36	106%	0	4
QFC-P5	385	0,93	1,00	108%	0	4
QFC-P6	385	1,24	1,10	89%	0	4
QFC-P7	385	1,65	1,22	74%	0	4
QFC-P8	385	1,39	1,09	79%	0	4
QFC-P9	385	1,55	1,13	73%	0	4
QFC-P10	385	1,37	1,10	81%	0	4
QFC-P11	385	0,98	0,98	100%	0	4
QFC-P12	385	0,90	0,96	107%	0	4
QFC-P13	385	1,40	1,03	73%	0	4
QFC-P14	385	1,57	1,05	67%	0	4
QFC-P15	385	1,71	1,06	62%	0	4
QFC-P16	385	1,10	0,99	90%	0	4
QFC-P17	385	1,64	1,11	68%	0	4
QFC-P18	385	0,98	1,02	105%	0	4
QFC-P19	385	1,87	1,13	60%	0	4
QFC-P20	385	1,65	1,21	73%	0	4
QFC-P21	385	1,88	1,15	61%	0	4
QFC-P22	385	2,05	1,00	49%	0	4
QFC-P23	385	1,19	1,05	88%	0	4
QFC-P24	385	1,45	1,10	76%	0	4

QFC-P25	385	1,36	1,06	78%	0	4
---------	-----	------	------	-----	---	---

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0- Nunca; 1- Muito raramente; 2- Ocasionalmente; 3- Frequentemente; 4- Muito frequentemente.

Estatísticas: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
BSI-Somatização	385	0,42	0,52	123%	0	2,57
BSI-Obsessão/Compulsão	385	0,91	0,72	79%	0	3,50
BSI-Sensibilidade Interpessoal	385	0,71	0,75	105%	0	3,75
BSI-Depressão	385	0,75	0,73	97%	0	3,83
BSI-Ansiedade	385	0,63	0,64	102%	0	3,67
BSI-Hostilidade	385	0,70	0,67	95%	0	4,00
BSI-Ansiedade Fóbica	385	0,33	0,55	169%	0	3,20
BSI-Ideação Paranoide	385	0,90	0,80	89%	0	4,00
BSI-Psicoticismo	385	0,48	0,57	120%	0	3,20

Estatísticas: Questionário de Falhas Cognitivas (QFC)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
CFQ-Forgetfulness	385	13,14	6,16	47%	0	32
CFQ-Distractibility	385	11,97	6,20	52%	0	32
CFQ-False Triggering	385	9,77	5,88	60%	0	32