

PEDRO BOTELHO LEAL

**AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS
PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA DE
AUTO RELATO DO *STRENGTHS AND
DIFFICULTIES*
QUESTIONNAIRE (SDQ) EM CRIANÇAS COM
EPILEPSIA PEDIÁTRICA A PARTIR DOS 8 ANOS**

Orientador: Professora Doutora Teresa Paula Gameiro Pompeu Mendes

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2022

PEDRO BOTELHO LEAL

**AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS
PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA DE
AUTO RELATO DO *STRENGTHS AND
DIFFICULTIES*
QUESTIONNAIRE (SDQ) EM CRIANÇAS COM
EPILEPSIA PEDIÁTRICA A PARTIR DOS 8 ANOS**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde no Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 06 de setembro de 2022, perante o júri, com o Despacho de Nomeação Nº 207/2022, de 13 de maio de 2022, com a seguinte composição:

Presidente: Prof. Doutor Pedro Rosa

Arguente: Prof^a. Doutora Paula Paulino

Orientadora: Prof^a. Doutora Teresa Mendes

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2022

Agradecimentos

No decorrer do período o qual estive a elaborar esta dissertação tive o apoio de várias pessoas às quais gostaria de agradecer, deste modo, deixo o meu especial agradecimento aos meus pais, que foram verdadeiramente o meu suporte e apoio nos momentos mais difíceis, aos meus irmãos: Ana, Sara, Isabel e André, à Marta e ao Santiago, à minha orientadora, Professora Doutora Teresa Paula Gameiro Pompeu Mendes, que esteve sempre disponível e que me prestou o seu apoio sempre que precisei e em todas as dúvidas que me foram surgindo ao longo da elaboração deste estudo.

Não poderia esquecer todos os professores que lecionaram o curso de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, pois todos eles contribuíram com conhecimentos importantes durante o leccionamento das suas aulas, conhecimentos estes que contribuíram para me enriquecer e que contribuíram também para me ajudar a elaborar esta dissertação. Agradeço também, por fim, ao departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Lisboa.

A todos, muito obrigado!

Resumo

Dada a presença de psicopatologia em crianças com epilepsia torna-se pertinente a existência de instrumentos validados para avaliação do seu ajustamento psicológico. O *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) é um dos instrumentos mais utilizado, sendo a versão de autorrelato projetada para crianças entre os 11-16 anos. Contudo, a partir dos 8 anos, as crianças já parecem produzir respostas válidas. Portanto, o objetivo deste estudo é analisar as características psicométricas da versão portuguesa do SDQ (formato autorrelato) numa amostra de crianças com epilepsia a partir dos 8 anos e compreender se existem diferenças no SDQ em função da gravidade da epilepsia, do sexo e do grupo etário. Pretendemos verificar ainda a associação entre o SDQ e a qualidade de vida das crianças. A amostra englobou 191 crianças com epilepsia, sendo o ajustamento psicológico avaliado através do SDQ e recorrendo à *Global Assessment of Severity of Epilepsy* e à *Disabkids Chronic Generic Measure* para avaliar a severidade da doença e a qualidade de vida da criança com epilepsia. Os resultados dão suporte a uma estrutura de cinco fatores, obtendo-se níveis adequados de confiabilidade interna. As crianças com epilepsia de severidade moderada/grave e as raparigas reportaram um nível superior de sintomas emocionais.

Palavras-chave: Epilepsia pediátrica; Estudo psicométrico; *Strengths and Difficulties Questionnaire*; Crianças/adolescentes; Severidade da doença.

Abstract

Given the presence of psychopathology in children with epilepsy, the existence of validated instruments to assess their psychological adjustment becomes relevant. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) is one of the most used instruments, being the self-report version for children aged 11-16 years. However, from the age of 8 onwards, children have already produced valid responses. Therefore, the aim of this study is to analyze psychometric characteristics of the Portuguese version of the SDQ (self-report format) in a sample of children with epilepsy from 8 years old and to understand the differences in the SDQ as a function of epilepsy severity, sex and age group. We also intend to verify the association between the SDQ and children's quality of life. The sample included 191 children with epilepsy, and psychological adjustment was assessed using the SDQ and using the Global Assessment of Severity of Epilepsy and the Disabkids Chronic Generic Measure to assess the severity of the disease and the quality of life of children with epilepsy. The results support a five-factor framework, demonstrating a consistent quality framework of internal reliability. Children with moderate/severe epilepsy and girls report a higher level of healthy symptoms.

Keywords: Pediatric epilepsy; Psychometric study; Strengths and Difficulties Questionnaire; Children/teenagers; Severity of disease.

Índice

Introdução.....	1
Epilepsia pediátrica.....	1
Epilepsia pediátrica e ajustamento psicológico	3
<i>Avaliação do ajustamento psicológico em epilepsia pediátrica – A importância do Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).....</i>	<i>5</i>
O presente estudo	9
Método.....	10
Participantes	10
Instrumentos	11
<i>Dados sociodemográficos das crianças/adolescentes com epilepsia e progenitores</i>	<i>11</i>
<i>Ajustamento psicológico</i>	<i>12</i>
<i>Qualidade de vida</i>	<i>12</i>
<i>Severidade da epilepsia.....</i>	<i>12</i>
Procedimento	13
Análise Estatística	13
Resultados	15
Análise psicométrica do SDQ.....	15
<i>Análise da validade de construto: Análise fatorial confirmatória</i>	<i>15</i>
<i>Análise descritiva dos itens de cada fator.....</i>	<i>16</i>
<i>Análise de fidelidade dos fatores</i>	<i>18</i>
<i>Análise da validade convergente: correlações entre os fatores do SDQ e a escala de qualidade de vida (Disabkids Chronic Generic Measure).....</i>	<i>19</i>
Por fim, efetuamos igualmente uma análise à validade convergente da versão portuguesa do SDQ, recorrendo à análise de correlações de <i>Pearson</i> entre os cinco fatores anteriormente referidos (i.e., sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas com os colegas e comportamento pró-social) e o <i>Disabkids Chronic Generic Measure</i> (Tabela 4).	19
A análise de dados demonstrou a existência de associações significativas e negativas, de intensidade moderada, entre a qualidade de vida das crianças/adolescentes com epilepsia e os fatores do SDQ referentes aos sintomas emocionais e aos problemas com os colegas. Notando-	

se, igualmente, a existência de associações significativas e negativas, de intensidade fraca, entre a qualidade de vida e os fatores do SDQ referentes aos problemas de comportamento e à hiperatividade. Assim, quanto maiores as pontuações obtidas aos fatores anteriormente referidos (i.e., sintomas emocionais, problemas com os colegas, problemas de comportamento e hiperatividade), menor será o nível de qualidade de vida reportado pelas crianças adolescentes.	19
De salientar que os resultados demonstraram ainda a ausência de associação entre o fator do SDQ referente ao comportamento pró-social e a qualidade de vida reportada pelas crianças/adolescentes com epilepsia.	19
Diferenças nas subescalas do SDQ em função da severidade da doença, do sexo e do grupo etário da criança/adolescente com epilepsia	20
Discussão	22
Referências.....	26

Índice de Tabelas

Tabela 1 10

Tabela 2 15

Tabela 3 17

Tabela 4 20

Tabela 5 20

Tabela 6 21

Tabela 7 22

Introdução

Epilepsia pediátrica

As doenças crônicas afetam uma percentagem significativa da população infantil, podendo ser enquadradas neste conceito doenças com características e prognósticos muito diferentes, entre elas a epilepsia (Compas et al., 2012; Nóbrega et al., 2017). A epilepsia corresponde a uma doença cerebral caracterizada pela predisposição persistente do cérebro para gerar convulsões recorrentes não provocadas, designadas de crises epiléticas, que afetam o cérebro e o sistema nervoso (Fisher et al., 2017; Kyngas, 2000). As crises epiléticas correspondem a descargas anormais, excessivas e sincrônicas de neurónios situados no córtex cerebral, tendo origem na interrupção de sinais elétricos entre as células nervosas que constituem o nosso cérebro (Silva et al., 2013). De notar que esta interrupção corresponde a uma alteração temporária (com duração de meros segundos a poucos minutos) e, na maioria das vezes, reversível ao nível do funcionamento cerebral.

A epilepsia é caracterizada pelo aparecimento de duas ou mais crises epiléticas num intervalo de um ano, que podem variar de curtas ausências a convulsões tónico-clónicas prolongadas (Fisher et al., 2017; Kyngas, 2000). Entre as principais causas para o surgimento de convulsões na infância destacam-se as seguintes (Wheless & Sirven, 2013): (a) febre (convulsões febris); (b) causas genéticas; (c) lesões na cabeça; (d) infeções cerebrais; (e) falta de oxigénio no cérebro; (f) hidrocefalia; e (g) desordens ao nível do desenvolvimento cerebral. Notando-se que nem todas as crises convulsivas correspondem a sintomas de epilepsia, dado que as crises epiléticas não podem ser causadas por febre, traumatismo cranioencefálico, alterações hidroeletrolíticas ou doença concomitante (Jagtap et al., 2013). Existem dois tipos de crises epiléticas (Swaiman & Ferriero, 2012): (a) crises generalizadas, que têm origem nalgum ponto do encéfalo e rapidamente envolvem redes distribuídas bilateralmente; e (b) crises focais, que têm origem em redes limitadas a um dos hemisférios cerebrais.

De acordo com Thurman e colaboradores (2011), esta condição de saúde afeta cerca de 65 milhões de pessoas no mundo, sendo que aproximadamente 10% da população tem a possibilidade de sofrer alguma crise epilética nalgum momento da vida (Silva et al., 2013). A epilepsia em idade pediátrica corresponde a uma das perturbações neurológicas mais comuns em crianças e adolescentes até aos 16 anos de idade (Camfield

& Camfield, 2015; Fisher et al., 2017), sendo considerada um problema de saúde pública (Hauser & Banerjee, 2008).

Segundo Camfield e Camfield (2015), a prevalência estimada para a epilepsia pediátrica varia entre 3.2 e 5.5 por 1 000 nos países desenvolvidos e entre 3.6 e 44 por 1 000 nos países em desenvolvimento. Esta condição afeta 470 000 crianças ou 6 em cada 1 000 crianças nos Estados Unidos da América (Kyngas, 2000; Russ et al., 2012) e perto de 900 000 na Europa, com uma estimativa de 130 000 novos casos anuais (Forsgren et al., 2005). Resultados de uma investigação realizada na Turquia demonstraram que, numa amostra de 1 625 crianças com idades compreendidas entre os 6 e 14 anos, 22 haviam sido diagnosticadas com epilepsia (Huseyinoglu et al., 2012). Em Portugal esses valores apontam para valores totais entre 40 000 e 70 000, não havendo referências concretas para o número de ocorrências de epilepsia em crianças e adolescentes (Gouveira, 2017). De acordo com a Wheless e Sirven (2013), cerca de 20 a 30% dos casos de epilepsia pediátrica podem ser considerados de severidade elevada e permanecem até ao fim da vida.

No que diz respeito a diferenças de sexo ao nível da prevalência de epilepsia pediátrica, a literatura não é consensual. Alguns estudos apontam para o facto de existir uma prevalência levemente superior desta condição clínica no sexo masculino (Banerjee et al., 2009; Canpolat et al., 2014; Rani & Thomas, 2019a). Contudo, Huseyinoglu e colaboradores (2012) indicam prevalências pontuais de epilepsia ativa de 4.9 por 1 000 em crianças do sexo masculino e de 12.4 em 1 000 em crianças do sexo feminino.

Importa ainda referir que o tipo de crise e sintomatologia epilética determinarão o tratamento a utilizar. A terapia atual consiste na utilização de medicação antiepilética (AED) inicialmente como monoterapia aumentando-se a dosagem de forma progressiva até que os sintomas sejam controlados. A eficácia do tratamento falha em situações onde não é possível controlar as convulsões, sendo neste caso necessário acrescentar novos fármacos a fim de se testar uma terapia com base na combinação de medicamentos, normalmente considerada bastante eficaz tendo alcançado taxas de sucesso de 70%. (Moosa, 2019). Quando o tratamento com dois ou mais AEDs não é eficaz em casos de epilepsia refratária, a estimulação do nervo vago (ENV) é uma das alternativas adotadas ou tornar-se-á necessário uma intervenção cirúrgica. (Dworetzky & Lee, 2016). O tratamento cirúrgico apresenta altos índices de sucesso, com a resolução completa das

crises em que o grau de severidade da doença é maior. Introduziu-se igualmente a dieta cetogenica e a dieta de baixo índice glicémico como tratamento não farmacológico após tendo-se verificado redução significativa no número de convulsões (Dworetzky & Lee, 2016).

De notar que se verifica uma menor adesão e um maior esquecimento e recusa relativamente à toma de medicamentos entre crianças com epilepsia, comparativamente aos adultos, reportando-se como uma das principais dificuldades a ingestão da medicação (Ramsey et al., 2018). Tal conduz a um maior número de ocorrências decorrentes da epilepsia em crianças e a um aumento da severidade desta condição clínica.

Importa referir igualmente que a maioria das convulsões na infância não estão associadas a uma causa definida, observando-se um maior número de epilepsias focais do que epilepsias generalizadas (Berg et al., 2014) e realçando-se que o risco de epilepsia é 2.6 vezes superior em crianças com nascimento prematuro e 1.6 vezes superior em crianças de baixo estatuto socioeconómico (Canpolat et al., 2014).

Epilepsia pediátrica e ajustamento psicológico

A epilepsia é uma condição crónica de saúde que tem um impacto significativo no desenvolvimento social e comportamental das crianças desde a infância até à adolescência (Blackman et al., 2011; Rani & Thomas, 2019). A literatura indica que crianças com epilepsia, comparativamente a crianças sem esta condição de saúde, revelam uma maior probabilidade de apresentarem Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA), em que a prevalência desta perturbação varia entre os 12 e os 57% (Davis et al., 2010), problemas emocionais (e.g., depressão, perturbações de ansiedade), perturbações de comportamento e défices ao nível do desenvolvimento, demonstrando, consequentemente, maiores dificuldades sociais e académicas (e.g., Alfstad et al., 2011; Pavone et al., 2004; Ekinci et al., 2009; Sherman et al., 2007; Williams et al., 2016). A possibilidade de existirem todas estas comorbilidades pode agravar e conduzir a situações e perceções negativas relativas à doença, como o estigma e a marginalização (Rani & Thomas, 2019b).

Segundo Kwon e Park (2014), 11.5% das crianças/adolescentes com epilepsia apresentam simultaneamente depressão e ansiedade, sendo que quando uma das

perturbações está presente, existe uma grande probabilidade de que a criança/adolescente apresente também a outra. Ademais, de acordo com Pellock (2004), assim como Filho e colaboradores (2006), as comorbidades psiquiátricas e comportamentais afetam aproximadamente 50% ou mais das crianças e adolescentes com epilepsia.

Num estudo com uma amostra de mais de um milhão de crianças norueguesas, os resultados apontaram para uma taxa de prevalência de 78.3% em doenças neurológicas ou psiquiátricas na população infantil com epilepsia em comparação com 30,3 % da população pediátrica em geral e 42,9% das crianças com epilepsia apresentavam perturbações globais de desenvolvimento (Jay et al., 2019) Na crise de ausência (CAE) antigamente designada por “pequeno mal” verificou-se que 25% das crianças apresentavam déficits cognitivos, 43%, dificuldades linguísticas e 61% perturbação de deficit de atenção e hiperatividade (PDAH). A PDAH provou ser muito comum em crianças com epilepsia com alguns relatórios a apontar para uma prevalência de até 80% dos casos. (Jay et al., 2019)

Importa salientar que Filho e colaboradores (2006) indicam que mesmo em quadros de epilepsias com severidade mais baixa estão associadas a uma taxa significativa de alterações comportamentais e cognitivas. Aproximadamente 20 a 30 % das crianças com epilepsia têm défice cognitivo associado (Camfield et al., 2002)

Adicionalmente, diversos estudos atestam também a presença de perturbações específicas de aprendizagem e de dislexia em amostras de crianças/adolescentes com epilepsia (e.g., Brabcova et al., 2015; Chidi et al., 2014; Kim et al., 2014; Kwong et al., 2016). A taxa de insucesso escolar e a inclusão das crianças com epilepsia nos programas de Educação Especial, é significativamente superior em relação à população em geral, situação que afeta aproximadamente 50% das crianças com epilepsia (Fastenau et al., 2004; Lopes et al., 2013). E dados provenientes de um estudo, realizado por Baptista (2013), demonstraram igualmente que cinco crianças/adolescentes com epilepsia, provenientes da região de Braga, denotam alguma predisposição para problemas associados às tarefas de aprendizagem e ao insucesso escolar, apesar destas crianças/adolescentes apresentarem alguma autonomia ao nível das tarefas inerente à sua rotina diária, revelam limitações a vários níveis, as mais evidentes são lentidão na execução das tarefas; défice de atenção/concentração; dificuldades de aprendizagem e dificuldade de interação com pares.

Estudos com crianças nos EUA apresentam taxas de 8% de depressão em crianças com epilepsia, dos 6 aos 12 anos de idade e 20% em adolescentes dos 13 aos 18 anos, 14% desta população apresenta ideação suicida (Guilfoyle et al., 2015; Wagner et al., 2016).

De salientar que o diagnóstico de epilepsia afeta não só a vida pessoal da criança, mas também toda a família, conduzindo a possíveis comportamentos de sobre proteção por parte dos pais e dos restantes membros do seio familiar (Batista, 2013). Tais comportamentos podem originar uma diminuição ao nível do rendimento escolar, comprometimento ao nível da autonomia e dificuldades nas relações interpessoais, independentemente do nível cognitivo da criança (Batista, 2013; Sillanpää & Cross, 2009; Tsuchie et al., 2006).

Todas as comorbidades anteriormente referidas estão associadas a baixos níveis de qualidade de vida e a elevados riscos de suicídio em crianças/adolescentes com epilepsia (Caplan et al., 2005; Ekinci et al., 2009). Para alguns dos pacientes com epilepsia, estas comorbidades parecem contribuir mais para a diminuição da qualidade de vida do que os fatores relacionados à doença (e.g., a frequência das crises epiléticas e os efeitos adversos da medicação) (Johnson et al., 2004; Stevanovic et al., 2011). Portanto, é fundamental que seja elaborada uma avaliação psicopatológica das crianças/adolescentes com epilepsia (Siu, 2016; Wilson et al., 2015).

Avaliação do ajustamento psicológico em epilepsia pediátrica – A importância do Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Apesar das elevadas taxas de problemas de saúde mental, apenas uma percentagem relativamente pequena das crianças e adolescentes com epilepsia é seguida pelos serviços de saúde mental (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004). A falta de tratamento adequado pode estar na origem de perturbações mais graves quando as crianças se tornam adultos, daí ser necessário ter instrumentos devidamente validados para monitorizar, rastrear e sinalizar o desajustamento psicológico de forma eficaz (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004).

Os instrumentos mais utilizados para a deteção de problemas psicológicos e comportamentais entre a população pediátrica dizem respeito ao *Child Behavior*

Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001), ao *Pediatric Symptoms Checklist* (PSC; Bradley et al., 2003) e ao *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997). Iremos focar a presente investigação no SDQ, que corresponde a uma ferramenta muito valiosa que oferece informações comportamentais importantes, quer em contexto escolar, quer no contexto familiar.

Este instrumento é composto por 25 itens, que consistem em afirmações que podem ser respondidas escolhendo uma de três opções – “Não é verdade”, “É um pouco verdade” e “É muito verdade”. A estas opções correspondem na cotação os valores de 0, 1 e 2, respetivamente. Estes 25 itens dividem-se em cinco subescalas, entre as quais 4 correspondem a subescalas de dificuldades (i.e., sintomas emocionais, problemas no comportamento, hiperatividade e problemas de relacionamento com os colegas) e a última refere-se a uma subescala de capacidade (i.e., comportamento pró-social) (Goodman, 1997). As pontuações obtidas a cada subescala podem variar entre 0 e 10.

O SDQ é recomendado aos clínicos por considerar informações do funcionamento psicossocial das crianças/adolescentes providenciadas por diversos informadores (American Psychiatric Association, 2013). Este questionário engloba, especificamente, três versões (Goodman, 1997): uma versão para pais, outra para professores e uma para crianças e adolescentes, sendo esta última de autorrelato. As duas primeiras destinam-se a ser preenchidas pelos adultos (pais/cuidadores ou professores), tendo em conta os comportamentos de crianças com idades compreendidas entre os 4 e 16 anos (Goodman et al., 1998). Já a versão de autorrelato dirige-se as crianças com idades entre os 11 e 16 anos. Nas três versões do instrumento, observamos que em muitos itens, a única diferença das escalas de pais e professores da versão de autorrelato é a mudança gramatical da terceira para a primeira pessoa (Goodman et al., 1998).

O SDQ é um instrumento largamente utilizado e apresenta boas características psicométricas, especificamente bons resultados no que toca à validade concorrente, boa validade preditiva e bons níveis de consistência interna, observada através do Alfa de Cronbach (Goodman et al., 1998). Ademais, a estrutura fatorial de cinco dimensões deste instrumento tem sido comprovado tanto na versão para os pais e professores como na versão de autorrelato (e.g., He et al., 2013, Lundh et al., 2008; Richter et al., 2011). Este instrumento tem sido satisfatoriamente utilizado em vários países, o que contribui para a evidência da fidelidade e validade do instrumento (Woerner et al., 2004). A partir da sua

versão original, testada pelo autor (Goodman et al., 1998), o SDQ foi sujeito a vários estudos das suas qualidades psicométricas em vários locais, nomeadamente no Irão (Shirinbayan et al., 2019), na Austrália (Seward et al., 2018), em Espanha (Rodríguez-Hernández et al., 2012), Alemanha (Rothenberger et al., 2008), na Holanda (Vugteveen et al., 2020), e mais recentemente, num estudo levado a cabo em sete países europeus (Husky et al., 2020), tendo apresentado boas qualidades psicométricas de forma consistente. Por outro lado, foram efetuados vários trabalhos com este instrumento em populações mais específicas, nomeadamente em populações de crianças entre os 4 e os 12 anos de idade, com o objetivo de determinar as suas qualidades psicométricas nessas condições (Husky et al., 2020; Niclasen & Dammeyer, 2016; Stone et al., 2010, 2015) tendo as suas boas qualidades psicométricas sido igualmente evidenciadas. Num estudo de revisão de literatura realizado através do uso do SDQ, Saur e Loureiro (2012), verificaram um alfa de Cronbach entre 0,57 e 0,82 para a versão de autorrelato.

Muris e colaboradores (2004) referem que o SDQ oferece várias vantagens em relação aos restantes instrumentos, dado que: (a) é um instrumento breve e, portanto, de preenchimento mais fácil e rápido; (b) fornece informações de três fontes diferentes (pais/cuidadores, professores e crianças/adolescentes), recorrendo a uma estrutura de itens semelhante, permitindo a comparação de resultados e uma avaliação geral mais abrangente do estado mental dos jovens; e (c) permite uma maior focalização quer ao nível dos aspetos positivos (capacidades), como dos negativos (dificuldades). Outra vantagem deste instrumento reside no facto de estar disponível em diversos idiomas [e.g., espanhol (Rodríguez-Hernández et al., 2012), alemão (Rothenberger et al., 2008) e holandês (Vugteveen et al., 2020)], o que permite uma aplicação muito vasta.

O SDQ tem sido utilizado em vários estudos com crianças/adolescentes com doenças crónicas, como por exemplo num trabalho de Hysing e colaboradores (2007), em que foi estudado a relação entre a saúde mental e a doença física crónica numa população pediátrica. Ou num trabalho posterior dos mesmos autores, onde foram avaliados problemas emocionais e comportamentais numa população de crianças com doença crónica (Hysing et al., 2009). Ademais, este instrumento tem sido em várias investigações com amostras de crianças/adolescentes com condições crónicas (e.g., asma e eczema (Annesi-Maesano et al., 2013; Hammer-Helmich et al., 2016), designadamente na epilepsia (Hessen et al., 2018).

A versão portuguesa do SDQ tem como base a versão original de Goodman (1997), sendo considerado um questionário breve de triagem emocional e comportamental para crianças e jovens com idades compreendidas entre os 4 e 16 anos (Saur & Loureiro, 2012). O primeiro estudo com o SDQ em Portugal esteve integrado num projeto mais vasto que decorreu em vários países europeus (Marzocchi et al., 2004) e contemplou a avaliação das propriedades psicométricas das três versões da escala. Os resultados obtidos assemelham-se aos dos estudos com a versão original deste instrumento, o que demonstrou que é adequado à população portuguesa, sendo considerado particularmente útil para os profissionais de escolas, que necessitam de instrumentos rápidos e eficazes (Marzocchi et al., 2004).

Para a presente investigação foi utilizada unicamente a versão de autorrelato portuguesa do SDQ na sua versão integral, dado que a literatura ao nível da utilização de instrumentos de autorrelato com crianças tem-se relevado inconsistente, sendo importante avaliar as suas qualidades psicométricas. Embora Black e colaboradores (2020) refiram que se pode colocar em causa a validade dos resultados obtidos em versões de autorrelato com crianças, dado nomeadamente o nível de leitura e de compreensão que é necessário para responder a todos os itens. No entanto, estudos anteriores que analisaram a concordância entre resultados obtidos através dos relatos de crianças e dos seus pais, concluíram que, embora com algumas limitações, a informação obtida através de autorrelato era confiável (Riley, 2004; Sturges et al., 2002).

Ademais, é importante considerar a perspectiva das crianças na avaliação da sua psicopatologia dado que os pais/cuidadores podem superestimar sintomas e comportamentos, nomeadamente de internalização, devido à projeção das suas próprias preocupações emocionais (Eom et al., 2016). Em oposição, dados provenientes de um estudo realizado por Dirks e colaboradores (2013), demonstraram que os pais podem igualmente subestimar a gravidade dos sintomas psiquiátricos dos seus filhos.

Importa ainda salientar que dois estudos efetuados com crianças a partir dos 8 anos (Muris et al., 2003, 2004) concluíram que, apesar de o SDQ ter sido projetado para ser utilizado com crianças a partir dos 11 anos de idade, os resultados obtidos permitem validar o seu uso em idades mais precoces. Existem inclusive autores (Ronen et al., 2003; Verhey et al., 2009) que consideram os 8 anos como a idade mínima recomendada em termos de uma compreensão adequada dos instrumentos, e na amostra utilizada neste

Pedro Botelho Leal. Avaliação das características psicométricas da versão portuguesa de auto relato do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) em crianças com epilepsia pediátrica a partir dos 8 anos estudo, esse foi o critério adotado. Também num estudo com mais de 8500 crianças onde era avaliada a qualidade de vida pediátrica, os resultados demonstraram que as crianças a partir dos 5 anos produzem respostas que são válidas e confiáveis, desde que os instrumentos usados se adequem à sua idade (Sturgess et al., 2002).

O presente estudo

Considerando a revisão de literatura supramencionada e dada a elevada probabilidade de presença de psicopatologia em crianças com epilepsia torna-se pertinente existirem instrumentos validados, adequados, fiáveis e com boas características psicométricas para avaliação do ajustamento psicológico em crianças/adolescentes com epilepsia em contexto português.

Embora tenha sido atestada a adequabilidade da aplicabilidade das três versões deste instrumento em contexto português (Marzocchi et al., 2004), na presente investigação apenas será considerada a versão de autorrelato, dado que torna-se crucial considerar a perspectiva das crianças/adolescentes com epilepsia na avaliação do seu nível de ajustamento psicológico, uma vez que os pais/cuidadores podem superestimar ou subestimar os sintomas e comportamentos dos jovens (Dirks et al., 2013; Eom et al., 2016). Portanto, é necessário examinar a validade e a fiabilidade das medidas existentes para a versão auto-relato com populações pediátricas clínicas específicas (i.e., com epilepsia) em contexto português.

A versão de autorrelato do SDQ foi projetada para crianças com idades entre os 11 e os 16, contudo a literatura indica que crianças mais novas, a partir dos 8 anos de idade, já compreendem as questões colocadas e produzem respostas válidas e confiáveis (e.g., Measelle et al., 2005; Riley, 2004; Ronen et al., 2003; Sturgess et al., 2002; Verhey et al., 2009). Ademais, Muris e colaboradores (2004) já demonstraram a validade da versão de autorrelato do SDQ numa amostra de crianças entre os 8 e os 13 anos de idade. Apesar disso, a evidência a este nível é inconsistente, dado que resultados de um estudo recente colocam em causa a validade das versões de autorrelato com crianças devido ao seu nível de leitura e de compreensão (Black et al., 2020). Portanto, torna-se pertinente validarmos e estudarmos as propriedades psicométricas desta versão do SDQ em Portugal, nesta faixa etária, algo que ainda não foi verificado até ao nosso conhecimento.

O presente estudo visa analisar as características psicométricas da versão portuguesa do SDQ no formato autorrelato numa amostra de crianças/adolescentes com epilepsia a partir dos oito anos. Mais especificamente:

1. Analisar a validade de construto (i.e., adequabilidade do modelo fatorial previsto composto por 5 fatores) e a invariância do modelo nos dois grupos etários considerados (crianças e adolescentes)
2. Examinar descritivamente os itens das diferentes subescalas obtidas;
3. Analisar a fiabilidade (consistência interna e correlações item-total) e a validade convergente do SDQ
4. Examinar diferenças em cada uma das subescalas do SDQ em função do nível de gravidade da epilepsia, do sexo e do grupo etário.

Método

Participantes

O presente estudo englobou uma amostra de 191 crianças/adolescentes com epilepsia e os respetivos pais. A idade das crianças/adolescentes variou entre os 8 e os 18 anos ($M = 12.00$; $DP = 3.15$) e os respetivos progenitores tinham entre 29 e 58 anos ($M = 41.42$; $DP = 5.65$). A maioria das crianças/adolescentes eram rapazes ($n = 97$; 50.8%) e os progenitores correspondiam maioritariamente a mães. No que diz respeito aos dados clínicos, observamos que a maioria das crianças/adolescentes apresenta uma epilepsia focal, de causa desconhecida e de baixa severidade.

De notar que os dados referentes à caracterização sociodemográfica e clínica da amostra estão ilustrados na **Error! Reference source not found.**

Tabela 1

Dados Clínicos e Sociodemográficos da Amostra (N = 191)

	<i>M/n</i>	<i>SD/%</i>
Pais		
Sexo, <i>n</i> %		
Feminino	163	85.3
Masculino	28	14.7
Idade (anos), <i>M DP</i>	41.42	5.65

Escolaridade (anos), <i>n</i> %		
Inferior ou igual a 6 anos	42	22.0
Entre 7 e 9 anos	48	25.1
Entre 10 e 12 anos	55	28.8
Mais de 12 anos	46	24.1
Estatuto socioeconómico (SES), <i>n</i> %		
Baixo	109	57.1
Médio/Alto	82	42.9
Crianças/Adolescentes		
Sexo, <i>n</i> %		
Feminino	94	49.2
Masculino	97	50.8
Idade (anos), <i>M</i> (<i>DP</i>)	12.00	3.15
Grupo etário, <i>n</i> %		
Criança (8 - 12 anos)	114	59.7
Adolescente (13-18 anos)	77	40.3
Tipo de epilepsia, <i>n</i> %		
Focal	133	69.6
Generalizada	57	29.8
Inconclusivo	1	0.5
Severidade da epilepsia, <i>n</i> %		
Baixa severidade	100	52.4
Severidade moderada/elevada	91	47.6
Presença de comorbidades, <i>n</i> %		
Sim	142	74.3
Não	44	23.0
Inconclusivo	5	2.6
Presença de epilepsia noutros membros da família, <i>n</i> %		
Sim	104	54.5
Não	49	25.7
Não especificado/Desconhecido	38	19.9

Instrumentos

Dados sociodemográficos das crianças/adolescentes com epilepsia e progenitores

A partir do *Questionário de Dados Sociodemográficos* foram recolhidos dados relativos à idade, sexo, estado civil dos pais e situação profissional dos mesmos, entre outras informações. Este questionário foi preenchido pelos pais.

Ajustamento psicológico

O nível de ajustamento psicológico das crianças com epilepsia foi avaliado através do formato auto-relato da versão portuguesa do SDQ (Fleitlich et al., 2005) já descrita anteriormente na introdução teórica. Esta escala possui 25 itens, divididos em 5 subescalas: (a) Sintomas Emocionais (e.g., “Preocupo-me muito”); (b) Problemas de Comportamento (e.g., “Ando sempre à pancada”); (c) Hiperatividade (e.g., “Estou sempre distraído/a”); (d) Problemas de Relacionamento com os Colegas (e.g., “Os meus colegas geralmente gostam de mim”); e (e) Comportamento Pró-Social (e.g., “Tento ser simpático/a com outras pessoas”). De salientar que as pontuações obtidas aos itens 7, 11, 14, 21 e 25 devem ser invertidas.

Qualidade de vida

A qualidade de vida das crianças foi avaliada através da versão portuguesa e reduzida da *Disabkids Chronic Generic Measure* (The European Disabkids Group, 2006; versão portuguesa de Carona et al., 2013), que avalia a qualidade de vida em doentes pediátricos com doenças crónicas em idades entre os 8 e 18 anos. Esta versão é constituída por 10 itens que medem o impacto mental, social e físico da condição de saúde, e que são respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, que varia 1 (nunca) e 5 (sempre), num período que cobre as últimas quatro semanas. As pontuações finais podem variar entre 10 e 50, sendo que valores finais mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida. No presente estudo obteve-se um alfa de *Cronbach* (α) de .87, indicando um bom nível de consistência interna.

Severidade da epilepsia

A severidade da condição clínica da epilepsia foi avaliada através da *Global Assessment of Severity of Epilepsy* (GASE; Speechley et al., 2008) no âmbito de uma folha de dados clínicos mais vasto aplicada pelo médico responsável pela criança. Este instrumento avalia a severidade da condição clínica numa escala de 1 a 7 e através de vários parâmetros, como por exemplo a idade em que a doença se manifestou, quanto

tempo passou desde que o diagnóstico foi feito, frequência e tipo de convulsões, tempo decorrido desde a última convulsão e a medicação.

Procedimento

A amostra, de conveniência, foi recolhida previamente no âmbito de um estudo de investigação mais alargado que tinha como objetivo avaliar a adaptação de famílias no contexto de condições crónicas de saúde de Coimbra, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra EPE (CHUC-EPE) e no Centro de Desenvolvimento Torrado da Silva do Hospital Garcia de Orta (HGO - EPE) e contou com a participação de 2 unidades do setor público. De referir que a presente investigação foi aprovada previamente pelos conselhos de ética das entidades envolvidas.

Foram usados como critérios de inclusão: (a) ter idade compreendida entre os 8 e os 18 anos; (b) apresentar um diagnóstico de epilepsia feito pelo médico há pelo menos 6 meses; (c) não apresentar atrasos de desenvolvimento ou outras condições clínicas; e (d) o pai/mãe respondente autodesignar-se como o principal provedor de cuidados para a saúde da criança. Os critérios de exclusão foram não apresentar um percurso escolar regular ou apresentar um valor de QI inferior a 70, que impossibilitasse o preenchimento autónomo dos questionários.

Análise Estatística

Primeiramente, com o objetivo de avaliarmos as propriedades psicométricas da versão portuguesa do SDQ no formato autorrelato, começamos por avaliar descritivamente os seus itens, recorrendo a estatísticas descritivas (mínimo, máximo, médias, desvio-padrão, assimetria e curtose). De salientar que considerámos os valores de referência para a normalidade da assimetria e curtose definidos por Marôco (2014): $|sk| < 3$ e $|ku| < 7$.

Posteriormente, analisamos a sua validade de construto, testando um modelo de 5 fatores através de uma análise fatorial confirmatória (AFC), dado que já existiam hipóteses sobre a estrutura do SDQ, tornando-se pouco pertinente realizar uma análise fatorial exploratória (AFE). Esta análise foi realizada por intermédio do *software JASP*

Pedro Botelho Leal. Avaliação das características psicométricas da versão portuguesa de auto relato do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) em crianças com epilepsia pediátrica a partir dos 8 anos versão 0.14.1 (JASP Team, 2018; <https://jasp-stats.org/>). De realçar que a qualidade do modelo foi avaliada por intermédio do Teste de Ajustamento do χ^2 , que revela um bom ajuste do modelo se $p < .05$, e dos índices RMSEA e SRMR. No que diz respeito ao RMSEA foram esperados resultados menores que .05, mas aceitáveis até .08 (Hair et al., 2009; Kline, 2005). Por sua vez, índices menores que .10 ao nível do SRMR são indicativos de bom ajuste (Hair et al., 2009; Kline, 2005).]. Para a análise de dados foi ainda considerado como satisfatório um valor de saturação fatorial dos itens com o respetivo fator superior a 0.40 (Meyers et al., 2017).

Para além disso, recorreremos ainda ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 26.0.) para analisar a fiabilidade de cada subescala do SDQ, procedendo-se ao cálculo do alfa de *Cronbach* (α) e das correlações item-total. No presente estudo, consideramos os seguintes critérios de Pestana e Gageiro (2014) para a classificação do nível de consistência interna: (a) $\alpha > .90$ – consistência interna muito boa; (b) $.80 < \alpha < .90$ – consistência interna boa; (c) $.70 < \alpha < .80$ – consistência interna razoável; (d) $.60 < \alpha < .70$ – consistência interna fraca; e (e) $.50 < \alpha < .60$ – consistência interna admissível.

A validade convergente do questionário em análise foi ainda verificada por intermédio do cálculo de coeficientes de correlação de *Pearson* entre as subescalas do SDQ e a escala de qualidade de vida (*Disabkids Chronic Generic Measure*). Ao analisarmos estes coeficientes de correlação consideramos os seguintes critérios propostos por Cohen (1988): (a) valores < 0.30 indicam correlações fracas; (b) valores entre 0.30-0.49 indicam correlações moderadas; e (c) valores ≥ 0.50 indicam correlações fortes.

Ademais, com o intuito de analisarmos o quarto objetivo do presente estudo (i.e., examinar diferenças em cada uma das subescalas do SQD em função do nível de gravidade da epilepsia, do sexo e do grupo etário) realizámos análises multivariadas de variância, sendo os efeitos univariados analisados considerando o ajustamento de Bonferroni para avaliar a significância estatística (Tabachnick & Fidell, 2001; $p < .05$).

Resultados

Análise psicométrica do SDQ

Análise da validade de construto: Análise fatorial confirmatória

Ao avaliarmos as propriedades psicométricas do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) começamos por testar um modelo de 5 fatores (Tabela 2), cujos índices de ajustamento observados indicaram que o ajustamento dos dados à presente amostra é aceitável [$\chi^2_{(265)} = 471.064, p < .001$; RMSEA = .064; SRMR = .088]. Salienta-se que os itens 8 (“Preocupo-me muito”) e 11 (“Tenho pelo menos um bom amigo/uma boa amiga”) demonstraram uma saturação fatorial inferior a 0.40, contudo não foram eliminados da escala dado que os índices de ajustamento supramencionadas se revelaram adequados.

Tabela 2

Resumo dos Resultados da AFC dos itens do Strengths and Difficulties Questionnaire (N = 191)

Item	Sintomas emocionais	Problemas comportamentais	Hiperatividade	Problemas colegas	Comportamento pró-social
1					.66
2			.75		
3	.53				
4					.42
5		.55			
6				.42	
7		.49			
8	.16				
9					.81
10			.64		
11				.20	
12		.49			
13	.69				
14				.48	
15			.63		
16	.51				
17					.60
18		.57			

19			.71	
20				.52
21		.44		
22	.40			
23			.44	
24	.59			
25		.42		

Análise descritiva dos itens de cada fator

No fator de sintomas emocionais observamos que o item 3 (“Tenho muitas dores de cabeça, barriga ou vômitos”) e o item 13 (“Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar”) representam os itens com menores pontuações médias. Contrariamente ao item 8 “Preocupo-me muito” e ao item 16 (“Fico nervoso/a em situações novas. Facilmente fico inseguro/a”), que dizem respeito aos itens em que foram reportadas maiores pontuações e que ilustraram as maiores dificuldades das crianças/adolescentes neste fator.

Por sua vez, no fator de problemas comportamentais verificamos que a maioria das pontuações dos itens que a constituem não são superiores a 0.50, indicando poucos dificuldades a nível comportamental na presente amostra. Apesar disso, realça-se que o item 22 (“Tiro coisas que não são minhas, em casa, na escola ou noutros sítios”) representou o item com menor pontuação média e o item 5 (“Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes”) diz respeito ao item em que foi reportada uma maior pontuação.

Os itens 10 (“Não sossego, estou sempre a mexer as pernas ou as mãos”) e 2 (“Sou irritado/a. Não consigo ficar quieto/a muito tempo”) corresponderam aos itens em que foram reportadas maiores pontuações no fator de hiperatividade do SDQ, indicando as maiores dificuldades das crianças/adolescentes. As menores pontuações estiveram associadas ao item 15 (“Estou sempre distraído/a. Tenho dificuldades em me concentrar”) e ao item 21 (“Penso nas coisas antes de as fazer”).

Ademais, a maior pontuação ao nível do fator de problemas com os colegas do SDQ correspondeu ao item 23 (“Dou-me melhor com adultos do que com os da minha idade”). Contrariamente, o item 11 (“Tenho pelo menos um bom amigo/uma boa amiga”) representou a menor pontuação. De notar que todos os itens deste fator apresentaram uma pontuação média inferior a 1 (“É pouco verdade”). Por fim, no fator referente ao comportamento pró-social observamos que todos os itens apresentaram uma pontuação

média próxima de 2 (“É muito verdade”), realçando a presença de comportamentos pró-sociais das crianças/adolescentes da presente amostra.

De notar que todos os dados referentes à estatística descritiva dos itens do SDQ estão expostos na Tabela 2. Verificou-se que o item 11 e o item 22 são os únicos que não se encontraram entre os valores de referência para a normalidade ao nível da assimetria e da curtose ($|sk| < 3$; $|ku| < 7$). O item 9 e o 17 também não se encontraram entre os valores de referência para a normalidade apenas ao nível da curtose.

Tabela 3

Descrição dos itens das diferentes subescalas do SDQ (N = 191)

	Min.	Máx.	M	DP	Assimetria	Curtose
Sintomas emocionais						
3. Tenho muitas dores de cabeça, barriga ou vômitos.	0	2	0.52	0.66	0.89	-0.31
8. Preocupo-me muito.	0	2	1.56	0.64	-1.18	0.23
13. Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar.	0	2	0.54	0.66	0.82	-0.43
16. Fico nervoso/a em situações novas. Facilmente fico inseguro/a.	0	2	1.18	0.73	-0.29	-1.09
24. Tenho muitos medos, assusto-me facilmente.	0	2	0.85	0.80	0.27	-1.39
Problemas comportamentais						
5. Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes.	0	2	0.87	0.74	0.21	-1.16
7 Normalmente faço o que me mandam. *	0	2	0.54	0.62	-0.69	-0.48
12. Ando sempre à pancada. Consigo obrigar os outros a fazer o que eu quero.	0	2	0.20	0.46	2.24	4.39
18. Sou muitas vezes acusado/a de mentir ou enganar.	0	2	0.43	0.61	1.09	0.16
22. Tiro coisas que não são minhas, em casa, na escola ou noutros sítios.	0	2	0.10	0.33	3.52	12.78
Hiperatividade						
2. Sou irritado/a. Não consigo ficar quieto/a muito tempo.	0	2	1.02	0.76	-0.03	-1.28
10. Não sossego, estou sempre a mexer as pernas ou	0	2	1.13	0.79	-0.24	-1.37

as mãos.						
15. Estou sempre distraído/a. Tenho dificuldades em me concentrar.	0	2	0.29	0.57	-0.16	-0.91
21. Penso nas coisas antes de as fazer. *	0	2	0.56	0.58	-0.43	-0.74
25. Geralmente acabo o que começo, tenho uma boa atenção. *	0	2	0.71	0.60	-0.24	-0.60
Problemas com os colegas						
6. Estou quase sempre sozinho/a, jogo sozinho/a. Sou reservado/a.	0	2	0.53	0.69	0.91	-0.39
11. Tenho pelo menos um bom amigo/uma boa amiga. *	0	2	0.13	0.43	-3.43	11.05
14. Os meus colegas geralmente gostam de mim. *	0	2	0.29	0.57	-1.85	2.40
19. As outras crianças metem-se comigo, ameaçam-me ou intimidam-me.	0	2	0.46	0.69	1.20	0.11
23. Dou-me melhor com adultos do que com os da minha idade.	0	2	0.80	0.76	0.35	-1.20
Comportamento pró-social						
1. Tento ser simpático/a com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem.	0	2	1.83	0.40	-2.27	4.50
4. Gosto de partilhar com os outros (comida, jogos, esferográficas, etc.).	0	2	1.68	0.54	-1.44	1.14
9. Gosto de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente.	0	2	1.86	0.37	-2.73	7.16
17. Sou simpático/a para os mais pequenos.	0	2	1.85	0.43	-2.91	8.13
20. Gosto de ajudar os outros (pais, professores, ou outros jovens).	0	2	1.78	0.46	-1.98	3.22

Análise de fidelidade dos fatores

Para além disso, foi ainda fundamental analisar a fiabilidade do SDQ, procedendo-se ao cálculo do alfa de *Cronbach* (α) e de correlações item-total. Assim, obtiveram-se os

seguintes valores: (a) $\alpha = .63$ para o fator referente aos sintomas emocionais; (b) $\alpha = .61$ para o fator referente aos problemas de comportamento; (c) $\alpha = .71$ para o fator referente à hiperatividade; (d) $\alpha = .56$ para o fator referente aos problemas com os colegas; e (e) $\alpha = .72$ para o fator referente ao comportamento pró-social. Os resultados supramencionados ilustraram níveis de consistência interna razoáveis para os fatores de hiperatividade e comportamento pró-social, bem como níveis de consistência interna fracos para os fatores referentes aos sintomas emocionais e aos problemas de comportamento. De notar que o valor do fator correspondente aos problemas com os colegas encontrou-se abaixo do desejável, embora seja um valor admissível.

Análise da validade convergente: correlações entre os fatores do SDQ e a escala de qualidade de vida (Disabkids Chronic Generic Measure)

Por fim, efetuamos igualmente uma análise à validade convergente da versão portuguesa do SDQ, recorrendo à análise de correlações de *Pearson* entre os cinco fatores anteriormente referidos (i.e., sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas com os colegas e comportamento pró-social) e o *Disabkids Chronic Generic Measure* (Tabela 4).

A análise de dados demonstrou a existência de associações significativas e negativas, de intensidade moderada, entre a qualidade de vida das crianças/adolescentes com epilepsia e os fatores do SDQ referentes aos sintomas emocionais e aos problemas com os colegas. Notando-se, igualmente, a existência de associações significativas e negativas, de intensidade fraca, entre a qualidade de vida e os fatores do SDQ referentes aos problemas de comportamento e à hiperatividade. Assim, quanto maiores as pontuações obtidas aos fatores anteriormente referidos (i.e., sintomas emocionais, problemas com os colegas, problemas de comportamento e hiperatividade), menor será o nível de qualidade de vida reportado pelas crianças adolescentes.

De salientar que os resultados demonstraram ainda a ausência de associação entre o fator do SDQ referente ao comportamento pró-social e a qualidade de vida reportada pelas crianças/adolescentes com epilepsia.

Tabela 4

Correlações de Pearson entre os Fatores do SDQ e a escala de qualidade de vida (Disabkids Chronic Generic Measure)

Variáveis	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Sintomas emocionais	-					
2. Problemas de comportamento	.22**	-				
3. Hiperatividade	.36**	.58**	-			
4. Problemas com os colegas	.37**	.31**	.25**	-		
5. Comportamento pró-social	.08	-.43**	-.20**	-.17*	-	
6. Qualidade de vida	-.41**	-.24**	-.26**	-.47**	.07	-

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$

Diferenças nas subescalas do SDQ em função da severidade da doença, do sexo e do grupo etário da criança/adolescente com epilepsia

Os resultados referentes à análise multivariada de variância demonstraram um efeito multivariado significativo para a severidade da epilepsia pediátrica, sugerindo que pelo menos uma das pontuações obtidas às diferentes subescalas do SDQ apresentaram uma diferença de médias significativa em função da severidade da doença [Wilk's $\lambda = .94$; $F(5, 185) = 2.27$; $p = .049$]. Especificamente, as crianças/adolescentes com epilepsia de severidade moderada/grave reportaram um nível significativamente superior de sintomas emocionais ($M = 1.02$; $DP = 0.44$) do que crianças/adolescentes com epilepsia de severidade ligeira ($M = 0.85$; $DP = 0.44$) (Tabela 4).

Tabela 5

Diferenças nas subescalas do SDQ em função da severidade da epilepsia pediátrica

	Ligeira		Moderada/Grave		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sintomas emocionais	0.85	0.44	1.02	0.44	6.76	.010
Problemas de comportamento	0.40	0.37	0.47	0.34	1.84	.176
Hiperatividade	0.85	0.46	0.97	0.47	3.41	.066
Problemas com os colegas	0.40	0.37	0.48	0.40	1.65	.200
Comportamento pró-social	1.77	0.36	1.83	0.24	2.01	.158

Além disso, no que diz respeito a diferenças em função do sexo da criança/adolescente com epilepsia, os resultados atestaram igualmente um efeito multivariado significativo. Tal resultado indicou que pelo menos uma das pontuações obtidas às diferentes subescalas do SDQ apresentaram uma diferença de médias significativa em função do sexo da criança/adolescente com epilepsia [Wilk's $\lambda = .85$; $F(5, 185) = 6.35$; $p < .001$]. Especificamente, as crianças/adolescentes do sexo feminino reportaram um nível significativamente superior de sintomas emocionais ($M = 1.05$; $DP = 0.43$) e de comportamento pró-social ($M = 1.85$; $DP = 0.26$) do que crianças/adolescentes do sexo masculino (sintomas emocionais: $M = 0.81$; $DP = 0.43$ e comportamento pró-social: $M = 1.75$; $DP = 0.34$) (Tabela 5).

Tabela 6

Diferenças nas subescalas do SDQ em função do sexo da criança/adolescente com epilepsia

	Feminino		Masculino		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sintomas emocionais	1.05	0.43	0.81	0.43	14.93	.000
Problemas de comportamento	0.40	0.31	0.46	0.40	0.61	.437
Hiperatividade	0.88	0.45	0.93	0.49	1.64	.202
Problemas com os colegas	0.40	0.35	0.48	0.41	2.01	.158
Comportamento pró-social	1.85	0.26	1.75	0.34	6.17	.014

Por fim, os resultados referentes à análise multivariada de variância demonstraram também um efeito multivariado significativo ao nível do grupo etário da criança/adolescente com epilepsia, sugerindo que pelo menos uma das pontuações obtidas às diferentes subescalas do SDQ apresentaram uma diferença de médias significativa em função do grupo etário [Wilk's $\lambda = .89$; $F(5, 185) = 4.32$; $p = .001$]. Especificamente, as crianças com epilepsia reportaram um nível significativamente superior de problemas com os colegas ($M = 0.53$; $DP = 0.40$) e significativamente inferior de comportamento pró-social ($M = 1.75$; $DP = 0.35$), comparativamente aos adolescentes com epilepsia (problemas com os colegas: $M = 0.31$; $DP = 0.32$ e comportamento pró-social: $M = 1.87$; $DP = 0.22$) (Tabela 6).

Tabela 7

Diferenças nas subescalas do SDQ em função do grupo etário da criança/adolescente com epilepsia

	Crianças		Adolescentes		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sintomas emocionais	0.94	0.48	0.92	0.40	0.08	.772
Problemas de comportamento	0.45	0.40	0.40	0.28	0.30	.587
Hiperatividade	0.92	0.51	0.88	0.40	1.00	.319
Problemas com os colegas	0.53	0.40	0.31	0.32	15.43	.000
Comportamento pró-social	1.75	0.35	1.87	0.22	6.94	.009

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo analisar as características psicométricas do SDQ da versão portuguesa no formato autorrelato em crianças com epilepsia a partir dos 8 anos. A versão original deste instrumento apresenta 25 itens que se encontram divididos por cinco subescalas: (a) Sintomas Emocionais; (b) Problemas de Comportamento; (c) Hiperatividade; (d) Problemas de Relacionamento com os Colegas; e (e) Comportamento Pró-Social. O SDQ tem sido utilizado em vários países, demonstrando boas características psicométricas, nomeadamente boa validade concorrente e preditiva, assim como níveis adequados de consistências interna (Husky et al., 2020; Marzocchi et al., 2004; Rodríguez-Hernández et al., 2012; Seward et al., 2018; Shirinbayan et al., 2019; Vugteveen et al., 2020; Woerner et al., 2004).

Os resultados do presente estudo comprovam a mesma estrutura originalmente proposta de cinco fatores para a versão de autorrelato deste instrumento, aplicada a uma amostra da população portuguesa de crianças/adolescentes com epilepsia a partir dos 8 anos. Esta estrutura fatorial de cinco dimensões na versão de autorrelato já havia sido comprovada anteriormente com outras amostras (Lundh et al., 2008; Richter et al., 2011). Especificamente, os dados provenientes da Análise Fatorial Confirmatória atestaram uma estrutura idêntica à versão original de Goodman (1997), cujos índices de ajustamento observados indicaram um ajustamento aceitável dos dados à presente amostra.

O SDQ corresponde a um questionário de competências e dificuldades e, de acordo com a análise descritiva, a presente amostra, reportou maiores dificuldades nos itens 8 (“Preocupo-me muito”) e item 16 (“Fico nervoso/a em situações novas.

Facilmente fico inseguro/a”), que direcionam para problemáticas de ansiedade. Estas problemáticas de ansiedades, se não forem geridas e ultrapassadas pelos jovens, poderão dar origem a perturbações de ansiedade. A literatura demonstra que crianças/adolescentes com epilepsia apresentam elevadas probabilidades de desenvolverem em simultâneo perturbações de ansiedade, comparativamente com crianças sem esta condição de saúde (e.g., Ekinci et al., 2009; Williams et al., 2016) ou com outra doença crónica saúde (Alfstad et al., 2011; Sherman et al., 2007). Deste modo, tal como referido por Silva e colaboradores (2015), a dimensão referente aos Problemas Emocionais do SDQ pode ser considerada uma mais-valia para a deteção precoce de problemáticas de ansiedade.

Verificou-se igualmente dificuldades ao nível dos itens 10 (“Não sossego, estou sempre a mexer as pernas ou as mãos”) e 2 (“Sou irritado/a. Não consigo ficar quieto/a muito tempo”), que remetem para problemáticas relacionadas com o comportamento hiperativo. Assim como referenciado em estudos anteriores, a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma das comorbidades comportamentais mais comuns em crianças/adolescentes com epilepsia (Reilly, 2011; Kaufmann et al., 2009), sendo que os nossos resultados demonstraram que o SDQ pode ser uma mais-valia na deteção precoce de sintomas associados a esta psicopatologia, proporcionando a possibilidade de iniciar uma intervenção atempadamente.

Além disso, importa notar que obtivemos níveis adequados de confiabilidade interna para as diferentes dimensões do SDQ, verificando um alfa de Cronbach mais baixo para a subescala de Problemas com os Colegas. Tal deve ser considerado em estudos futuros na população portuguesa e comprovado com outras amostras mais alargadas.

Os resultados da presente investigação demonstraram ainda que as crianças/adolescentes com epilepsia de severidade moderada/grave reportaram um nível significativamente superior de sintomas emocionais do que crianças/adolescentes com epilepsia de severidade ligeira. O que é concordante com a literatura, uma vez que alguns estudos anteriores verificaram taxas mais elevadas de depressão em crianças com epilepsia de severidade elevada (Ekinci et al., 2009; Plioplys et al., 2007). Apesar de mesmo epilepsias de severidade mais baixa estarem associadas a uma taxa significativa de alterações comportamentais e cognitivas (Filho et al., 2006).

As crianças/adolescentes do sexo feminino reportaram ainda um nível significativamente superior de sintomas emocionais e de comportamento pró-social, comparativamente com crianças/adolescentes do sexo masculino (Alfstad et al., 2011). E as crianças com epilepsia reportaram um nível significativamente superior de problemas com os colegas, comparativamente aos adolescentes com epilepsia. Este resultado não é totalmente consistente com a literatura que aponta para o facto de o desenvolvimento de sintomas depressivos ser mais comum em adolescentes com epilepsia, comparativamente a crianças (Oguz et al., 2002; Thome-Souza et al., 2004). Contudo, salienta-se que a literatura não é clara a este nível (Ekinici et al., 2009; Reilly et al., 2011).

Em suma, o presente estudo contribui para a literatura existente, atestando e validando um instrumento de medição do ajustamento psicológico para crianças com epilepsia. Dado que as comorbidades associadas à epilepsia pediátrica correlacionam-se com baixos níveis de qualidade de vida e com um elevado risco de suicídio (Caplan et al., 2005; Ekinici et al., 2009), foi fundamental confirmar a validade e a fiabilidade das medidas existentes para avaliação psicopatológica das crianças/adolescentes com epilepsia em contexto português. A existência de instrumentos validados, adequados, fiáveis e com boas características psicométricas para avaliação do ajustamento psicológico em crianças com epilepsia permite a identificação precoce e o tratamento de possíveis comorbidades psiquiátrica, melhorando o bem-estar e a qualidade das crianças/adolescentes e das suas famílias.

Para terminar, importa salientar algumas limitações. Em primeiro lugar, não conseguimos analisar inteiramente o nosso primeiro objetivo, assumindo-se como um limitação dado que não analisamos a invariância do modelo nos dois grupos etários considerados (crianças e adolescentes). É crucial que estudos posteriores procedam a esta análise para compreendermos se os dados provenientes da versão portuguesa de autorrelato do SDQ são fiáveis quando aplicado a crianças mais novas.

Em segundo lugar, a adoção do método de amostragem por conveniência, que poderá ter tido implicações ao nível da representatividade da nossa amostra. Salienta-se que a maioria da amostra é constituída por crianças provenientes de baixos estatutos socioeconómicos, sendo que a literatura indica que esse fator isoladamente poderá estar associado a problemáticas de ajustamento psicológico (Silva, 2016; Wojciechowska et al, 2021) Ademais, para algumas das crianças existiu a necessidade de ler o questionário,

Pedro Botelho Leal. Avaliação das características psicométricas da versão portuguesa de auto relato do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) em crianças com epilepsia pediátrica a partir dos 8 anos

dado que as mesmas apresentavam *a priori* dificuldades de aprendizagem e problemas de compreensão e leitura (e.g., dislexia), o que pode constituir-se como uma limitação na interpretação dos resultados por não se conseguir garantir a homogeneidade nas condições de administração dos instrumentos. Neste sentido, sugere-se que estudos posteriores avalie inicialmente estas capacidades das crianças/adolescentes.

Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: child behavior checklist for ages 6-18, teacher's report form, youth self-report: an integrated system of multi-informant assessment*. University of Vermont, research center for children youth & families.
- Ahsan N. V. Moosa, (2019.) *Antiepileptic Drug Treatment of Epilepsy in Children*
- Aldenkamp, A. P., Arzimanoglou, A., Reijs, R., & Van Mil, S. (2006). Optimizing therapy of seizures in children and adolescents with ADHD. *Neurology*, 67(12 suppl 4), S49-S51.
- Alfstad, K. Å., Clench-Aas, J., Van Roy, B., Mowinckel, P., Gjerstad, L., & Lossius, M. I. (2011). Psychiatric symptoms in Norwegian children with epilepsy aged 8–13 years: effects of age and gender?. *Epilepsia*, 52(7), 1231-1238. Doi: 10.1111/j.1528-1167.2011.03042.x.
- American Psychiatric Association, A. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. 5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Annesi-Maesano, I., Zhou, C., Baïz, N., Banerjee, S., André Charpin, D., Caillaud, D., De Blay, F., Raherison, C., & Lavaud, F. (2013). Externalizing and internalizing behavioural problems related to asthma in school children. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 68(11), 1471–1474. Doi: 10.1111/all.12241.
- Banerjee, P. N., Filippi, D., & Hauser, W. A. (2009). The descriptive epidemiology of epilepsy—a review. *Epilepsy research*, 85(1), 31-45. Doi: 10.1016/j.eplepsyres.2009.03.003.
- Baptista, T. A. F. C. C. (2013). *A importância do envolvimento parental no desenvolvimento de crianças e adolescentes com Epilepsia* (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, Faculdade de Ciências Sociais.
- Berg, A. T., Loddenkemper, T., & Baca, C. B. (2014). Diagnostic delays in children with early onset epilepsy: Impact, reasons, and opportunities to improve care. *Epilepsia*. Doi: 10.1111/epi.12479.
- Black, L., Mansfield, R., & Panayiotou, M. (2021). Age appropriateness of the self-report

- strengths and difficulties questionnaire. *Assessment*, 28(6), 1556-1569. Doi: 10.1177/1073191120903382.
- Blackman, J. A., Gurka, M. J., Gurka, K. K., & Oliver, M. N. (2011). Emotional, developmental and behavioural co-morbidities of children with chronic health conditions. *J Paediatr Child Health*, 47, 742-747.
- Brabcova, D., Zarubova, J., Kohout, J., Jošt, J., & Kršek, P. (2015). Effect of learning disabilities on academic self-concept in children with epilepsy and on their quality of life. *Research in developmental disabilities*, 45, 120-128.
- Bradley, D., Stein, L., Sheryl, H., Marleen, W., Wenli Tu, M., & Fink, A. (2003). A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 290, 603-611.
- Brotman, L. M., Gouley, K. K., Chesir-Teran, D., Dennis, T., Klein, R. G., & Shrout, P. (2005). Prevention for preschoolers at high risk for conduct problems: Immediate outcomes on parenting practices and child social competence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(4), 724-734. Doi: 10.1207/s15374424jccp3404_14.
- Camfield, P. & Camfield, C. (2015). Incidence, prevalence and aetiology of seizures and epilepsy in children. *Epileptic Disorders*, 17(2), 117-123. Doi: 10.1684/epd.2015.0736.
- Canpolat, M., Kumandas, S., Poyrazoglu, H. G., Gumus, H., Elmali, F., & Per, H. (2014). Prevalence and risk factors of epilepsy among school children in Kayseri City Center, an urban area in Central Anatolia, Turkey. *Seizure*, 23(9), 708-716.
- Caplan, R., Siddarth, P., Gurbani, S., Hanson, R., Sankar, R., & Shields, W. D. (2005). Depression and anxiety disorders in pediatric epilepsy. *Epilepsia*, 46, 720-730.
- Carona, C., Crespo, C., Silva, N., Lopes, A., Canavarro, M. C., & Bullinger, M. (2013). Examining a developmental approach to health-related quality of life assessment: Psychometric analysis of DISABKIDS generic module in a Portuguese sample. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 8(3), 243-257.
- Chidi, I. R., Chidi, N. A., Ebele, A. A., & Chinyelu, O. N. (2014). Co-Morbidity of attention deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and epilepsy in children seen In University of Nigeria Teaching Hospital Enugu: Prevalence, clinical and social correlates. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 21(4), 273-278.

- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 455–480. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108. Dworetzky, B, MD. Lee, JW.
- Davis, S Katusic, Slavica K., Barbaresi, William J., Killian, Jill, Weaver, Amy L., Ottman, Ruth, & Wirrell, Elaine C. (2010). Epilepsy in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatric Neurology*, 42(5), 325-330.
- Dirks, M. A., Weersing, V. R., Warnick, E., Gonzalez, A., Alton, M., Dauser, C., ... & Woolston, J. (2014). Parent and youth report of youth anxiety: Evidence for measurement invariance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(3), 284-291.
- Dworetzky, B, MD. Lee, JW, PHD. (2016). *Epilepsy and related disorders. SAM*
- Ekinci, O., Titus, J. B., Rodopman, A. A., Berkem, M., & Trevathan, E. (2009). Depression and anxiety in children and adolescents with epilepsy: prevalence, risk factors, and treatment. *Epilepsy Behav.*, 14, 8-18.
- Eom, S., Caplan, R., & Berg, A. T. (2016). Behavioral problems and childhood epilepsy: parent vs child perspectives. *J Pediatr.*, 179, 233-239.
- Fastenau, P. S., Shen, J., Dunn, D. W., Perkins, S. M., Hermann, B. P., & Austin, J. K. (2004). Neuropsychological predictors of academic underachievement in pediatric epilepsy: moderating roles of demographic, seizure, and psychosocial variables. *Epilepsia*, 45(10), 1261- 1272. doi:10.1111/j.0013-9580.2004.15204.x
- Fisher, R. S., Cross, J. H., French, J. A., Higurashi, N., Hirsch, E., Jansen, F. E., . . . Zuberi, S. M. (2017). Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia (Series 4)*, 58(4), 522-530. Doi: 10.1111/epi.13670.
- Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(6), 727-734. Doi: 10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca.
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). *Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Port)* [Strengths and Difficulties Questionnaire, Portuguese version]. Retirado de <http://www.sdqinfo.org>.

Pedro Botelho Leal. Avaliação das características psicométricas da versão portuguesa de auto relato do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) em crianças com epilepsia pediátrica a partir dos 8 anos

- Forsgren, L., Beghi, E., Oun, A., & Sillanpää, M. (2005). The epidemiology of epilepsy in Europe—a systematic review. *European Journal of neurology*, 12(4), 245-253. Doi: 10.1111/j.1468-1331.2004.00992.x
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European child & adolescent psychiatry*, 7(3), 125-130.
- Gouveira, L.M. (2017). Mensagem do Presidente. Retirado de <http://www.epilepsia.pt/pt/epi/mensagem-do-presidente>.
- Guilfoyle, S. M., Monahan, S., Wesolowski, Cindy, & Modi, Avani C. (2016). Depression screening in pediatric epilepsy: Evidence for the benefit of a behavioral medicine service in early detection. *Epilepsy & behavior*, 44, 5-10. doi:10.1016/j.yebeh.2014.12.021
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada dos dados* (6a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Hammer-Helmich, L., Linneberg, A., Obel, C., Thomsen, S. F., Møllehave, L. T., & Glümer, C. (2016). Mental health associations with eczema, asthma and hay fever in children: a cross-sectional survey. *BMJ open*, 6(10), 1-9. Doi: 10.1136/bmjopen-2016-012637.
- Hauser, W. A., & Banerjee, P. E. (2008). *Epidemiology of epilepsy in children - Pediatric epilepsy* (3^a ed). New York: Demos Medical Publishing.
- He, J. P., Burstein, M., Schmitz, A., & Merikangas, K. R. (2013). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): the factor structure and scale validation in US adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 41(4), 583-595.
- Hesdorffer, D. C., Ludvigsson, P., Olafsson, E., Gudmundsson, G., Kjartansson, O., & Hauser, W. A. (2004). ADHD as a risk factor for incident unprovoked seizures and epilepsy in children. *Archives of general psychiatry*, 61(7), 731-736.
- Hessen, E., Alfstad, K. Å., Torgersen, H., & Lossius, M. I. (2018). Tested and reported executive problems in children and youth epilepsy. *Brain and behavior*, 8(5), 1-10. Doi: 10.1002/brb3.971.
- Huseyinoglu, N., Ozben, S., Arhan, E., Palanci, Y., & Gunes, N. (2012). Prevalence and

- risk factors of epilepsy among school children in eastern Turkey. *Pediatric neurology*, 47(1), 13-18.
- Husky, M. M., Otten, R., Boyd, A., Pez, O., Bitfoi, A., Carta, M. G., Goelitz, D., Koç, C., Lesinskiene, S., Mihova, Z., & Kovess-Masfety, V. (2020). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Children Aged 5-12 Years Across Seven European Countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 36(1), 65–76. Doi: 10.1027/1015-5759/a000489.
- Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C., Lie, S. A., & Lundervold, A. J. (2007). Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large-scale population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48(8), 785–792. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01755.x.
- Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C., & Lundervold, A. J. (2009). Emotional and behavioural problems in subgroups of children with chronic illness: Results from a large-scale population study. *Child: Care, Health and Development*, 35(4), 527–533. Doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00967.x.
- Jagtap, S. A, Mauskar, A., & Naik, N. (2013). The risk of seizure recurrence after a first unprovoked seizure in childhood: A prospective study. *J Pediatr Neurosci.*, 8(1), 73-84.
- Jay A, Salpekar, Marco Mula. (2019) *Common psychiatric comorbidities in epilepsy: How big of a problem is it.*
- Jellinek M. S., Murphy, J. M., Robinson, J., Feins, A., Lamb, S., & Fenton, T. (1988). Pediatric Symptom Checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction. *J Pediatr.*, 112(2), 201–209. Doi: 10.1016/S0022-3476(88)80056-8.
- Johnson, E. K., Jones, J. E., Seidenberg, M., Hermann, B. P. (2004). The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 45, 544-550.
- Kaufmann, R., Goldberg-Stern, H., & Shuper, A. (2009). Attention-deficit disorders and epilepsy in childhood: incidence, causative relations and treatment possibilities. *Journal of child neurology*, 24(6), 727-733.
- Kim, E. H., Yum, M. S., Kim, H. W., & Ko, T. S. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder and attention impairment in children with benign childhood epilepsy with

- centrotemporal spikes. *Epilepsy & Behavior*, 37, 54-58. Doi: 10.1016/j.yebeh.2014.05.030.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2a ed.). New York: The Guilford Press
- Kwong, K. L., Lam, D., Tsui, S., Ngan, M., Tsang, B., & Lam, S. M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder in adolescents with epilepsy. *Pediatric Neurology*, 57, 56-63. Doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2015.12.022.
- Kwon, O. Y., & Park, S. P. (2014). Depression and anxiety in people with epilepsy. *J Clin Neurol.*, 10, 175-188.
- Kyngas, H. (2000). Compliance with health regimens of adolescents with epilepsy. *Seizure*, 9, 598-604.
- L Lopes, A.F., Monteiro, J.P., Fonseca, M.J., Robalo, C., & Simões, M.R. (2013).).
- Lundh, L. G., Wångby-Lundh, M. A. R. G. I. T., & Bjärehed, J. (2008). Self-reported emotional and behavioral problems in swedish 14 to 15-year-old adolescents: A study with the self-report version of the strengths and difficulties questionnaire. *Scandinavian journal of psychology*, 49(6), 523-532.
- Maia Filho, H. D. S., Costa, C. R. M. D., & Gomes, M. D. M. (2006). Epilepsia e saúde mental na infância. *Journal of epilepsy and clinical neurophysiology*, 12, 79-88.
- Marôco J. (2014). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marzocchi, G. M., Capron, C., Di Pietro, M., Duran Tauleria, E., Duyme, M., Frigerio, A., Gaspar, M. F., Hamilton, H., Pithon, G., Simões, A., & Thérond, C. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European Child and Adolescent Psychiatry, Supplement*, 13(2), 40–46. Doi: 10.1007/s00787-004-2007-1.
- Measelle, J. R., Ablow, J. C., John, O. P., Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2005). Can children provide coherent, stable, and valid self-reports on the big five Dimensions? A longitudinal study from ages 5 to 7. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(1), 90–106. Doi: 10.1037/0022-3514.89.1.90.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2017). *Applied multivariate research: Design and interpretation* (3ª ed.). SAGE.
- Muris, P., Meesters, C., Eijkelenboom, A., & Vincken, M. (2004). The self-report version

- of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Its psychometric properties in 8- to 13-year-old non-clinical children. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 437–448. Doi: 10.1348/0144665042388982.
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). The strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *European child & adolescent psychiatry*, 12(1), 1-8. Doi: 10.1007/s00787-003-0298-2.
- Niclasen, J., & Dammeyer, J. (2016). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire and mental health problems among children with hearing loss. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(2), 129–140. Doi: 10.1093/deafed/env067.
- Nóbrega, V. M., Silva, M. E. de A., Fernandes, L. T. B., Viera, C. S., Reichert, A. P. da S., & Collet, N. (2017). Chronic disease in childhood and adolescence: Continuity of care in the Health Care Network. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 51, 1–8. Doi: 10.1590/S1980-220X2016042503226.
- Oguz, A., Kurul, S., Dirik, E., & Eylül, D. (2002). Relationship of epilepsy-related factors to anxiety and depression scores in epileptic children. *J Child Neurol.*, 17, 37-40.
- Pavone, P., Incorpora, G., Fiumara, A., Parano, E., Trifiletti, R. R., & Ruggieri, M. (2004). Epilepsy is not a prominent feature of primary autism. *Neuropediatrics*, 35(4), 207-210.
- Pellock, J. M. (2004). Understanding co-morbidities affecting children with epilepsy. *Neurology*, 62(5), 17-23.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Sílabo.
- Plioplys, S., Dunn, D. W., & Caplan, R. (2007). 10-Year research update review: Psychiatric problems in children with epilepsy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46, 1389-1402.
- Ramsey, R. R., Zhang, N., & Modi, A. C. (2018). The stability and influence of barriers to medication adherence on seizure outcomes and adherence in children with epilepsy over 2 years. *Journal of pediatric psychology*, 43(2), 122-132.
- Rani, A., & Thomas, P. T. (2019a). Parental knoweldge, attitude, and perception about epilepsy and sociocultural barriers to treatment. *Journal of epilepsy research*, 9(1), 65-75. Doi: 10.14581/jer.19007.

- Rani, A., & Thomas, P. T. (2019b). Stress and perceived stigma among parents of children with epilepsy. *Neurological Sciences*, 40(7), 1363-1370. Doi: 10.1007/s10072-019-03822-6.
- Reilly, C. J. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in childhood epilepsy. *Research in developmental disabilities*, 32(3), 883-893.
- Reilly, C., Agnew, R., & Neville, B. G. Depression and anxiety in childhood epilepsy: A review. *Seizure*, 20, 589-597.
- Richter, J., Sagatun, Å., Heyerdahl, S., Oppedal, B., & Røysamb, E. (2011). The strengths and difficulties questionnaire (SDQ)–Self-Report. An analysis of its structure in a multiethnic urban adolescent sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(9), 1002-1011.
- Riley, A. W. (2004). Evidence that school-age children can self-report on their health. *Ambulatory Pediatrics*, 4(4), 371–376. Doi: 10.1367/A03-178R.1.
- Rodríguez-Hernández, P. J., Betancort, M., Ramírez-Santana, G. M., García, R., Sanz-Álvarez, E. J., & De las Cuevas-Castresana, C. (2012). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 265-279.
- Ronen, G. M., Streiner, D. L., & Rosenbaum, P. (2003). Health-related quality of life in children with epilepsy: development and validation of self-report and parent proxy measures. *Epilepsia*, 44(4), 598–612. Doi: 10.1046/j.1528-1157.2003.46302.x.
- Rothenberger, A., Becker, A., Erhart, M., Wille, N., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Psychometric properties of the parent strengths and difficulties questionnaire in the general population of German children and adolescents: Results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 99–105. Doi: 10.1007/s00787-008-1011-2.
- Russ, S. A., Larson, K., & Halfon, N. (2012). A national profile of childhood epilepsy and seizure disorder. *Pediatrics*, 129, 256-264.
- Saur, A. M., & Loureiro, S. R. (2012). Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 619–629. Doi: 10.1590/s0103-166x2012000400016.
- Seward, R. J., Bayliss, D. M., Stallman, H. M., & Ohan, J. L. (2018). Psychometric

- Properties and Norms for the Strengths and Difficulties Questionnaire Administered Online in an Australian Sample. *Australian Psychologist*, 53(2), 116–124. Doi: 10.1111/ap.12325.
- Sherman, E. M. S., Slick, D. J., Connolly, M. B., & Eyrl, K. L. (2007). ADHD, neurological correlates and health-related quality of life in severe pediatric epilepsy. *Epilepsia*, 48, 1083-1091.
- Shirinbayan, peymaneh, Salavati, M., Soleimani, F., Saeedi, A., Hemmati, S., Asghari-Jafarabadi, M., & Vameghi, R. (2019). Psychometric Properties of the Self-Report Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Iranian young Adolescents. *Research Square*, 1–25. Doi: 10.21203/rs.2.18611/v1.
- Sillanpaa, M., & Cross, J. H. (2009). The psychosocial impact of epilepsy in childhood. *Epilepsy & Behavior*, 15(2), 5-10.
- Silva, C. R. Á., Cardoso, I. S. Z. O., & Machado, N. R. (2013). Considerações sobre epilepsia. *Boletim Científico de Pediatria*, 2(3), 71-76.
- Silva, S (2016) Empatia interpessoal dos pais, estilos parentais e ajustamento psicológico dos filhos – Quando as teias se constroem em telas de desvantagem social e económica.
- Silva, T. B., Osório, F. L., & Loureiro, S. R. (2015). SDQ: discriminative validity and diagnostic potential. *Frontiers in Psychology*, 6, 811-818.
- Siu, A. L. (2016). Screening for depression in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*, 164(5), 360-366.
- Speechley, K. N., Sang, X., Levin, S., Zou, G. Y., Eliasziw, M., Smith, M. L., ... & Wiebe, S. (2008). Assessing severity of epilepsy in children: preliminary evidence of validity and reliability of a single-item scale. *Epilepsy & Behavior*, 13(2), 337-342.
- Stevanovic, D., Jancic, J., & Lakic, A. (2011). The impact of depression and anxiety disorder symptoms on the health-related quality of life of children and adolescents with epilepsy. *Epilepsia*, 52, 75-78.
- Stone, L. L., Janssens, J. M. A. M., Vermulst, A. A., Van Der Maten, M., Engels, R. C. M. E., & Otten, R. (2015). The Strengths and Difficulties Questionnaire: Psychometric properties of the parent and teacher version in children aged 4-7. *BMC*

- Psychology*, 3(1), 1–12. Doi: 10.1186/S40359-015-0061-8.
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C., Vermulst, A. A., & Janssens, J. M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4-to 12-year-olds: A review. *Clinical child and family psychology review*, 13(3), 254-274. Doi: 10.1007/s10567-010-0071-2.
- Sturgess, J., Rodger, S., & Ozanne, A. (2002). A review of the use of self-report assessment with young children. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 108–116. Doi: 10.1177/030802260206500302.
- Swaiman, A. A. S, & Ferriero, D. (2012). *Pediatric neurology, principles & practice*. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- The European Disabkids Group. (2006). *The disabkids questionnaires: Quality of life questionnaires for children with chronic conditions*. Lengerich.
- Thome-Souza, S., Kuczynski, E., Assumpção Jr, F., Rzezak, P., Fuentes, D., Fiore, L., & Valente, K. D. (2004). Which factors may play a pivotal role on determining the type of psychiatric disorder in children and adolescents with epilepsy?. *Epilepsy & Behavior*, 5(6), 988-994.
- Thurman, D. J., Beghi, E., Begley, C. E., Berg, A. T., Buchhalter, J. R., Ding, D., Hesdorffer, D. C., Hauser, W. A., Kasis, L., Kobau, R., Kroner, B., Labiner, D., Liow, K., Logroscino, G., Medina, M.T., Newton, C. R., Parko, K., Paschal, A., Preux, P. M., Sander, J. W., Selassie, A., Theodore, W., Tomson, T., Wiebe, S., & ILAE Commission on Epidemiology (2011). Standards for epidemiologic studies and surveillance of epilepsy. *Epilepsia*, 52(7), 2-26. Doi: 10.1111/j.1528-1167.2011.03121.x.
- Tsuchie, S. Y., Guerreiro, M. M., Chuang, E., Baccin, C. E., & Montenegro, M. A. (2006). What about us?: Siblings of children with epilepsy. *Seizure*, 15(8), 610-614.
- Verhey, L. H., Kulik, D. M., Ronen, G. M., Rosenbaum, P., Lach, L., & Streiner, D. L. (2009). Quality of life in childhood epilepsy: What is the level of agreement between youth and their parents? *Epilepsy and Behavior*, 14(2), 407–410. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2008.12.008>
- Vugteveen, J., de Bildt, A., Serra, M., de Wolff, M. S., & Timmerman, M. E. (2020). Psychometric Properties of the Dutch Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Adolescent Community and Clinical Populations. *Assessment*, 27(7),

Pedro Botelho Leal. Avaliação das características psicométricas da versão portuguesa de auto relato do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) em crianças com epilepsia pediátrica a partir dos 8 anos

1476–1489. Doi: 10.1177/1073191118804082.

Wheless, J. W., & Sirven, J. I. (2013, Agosto 27). Diagnosis of Infant Seizures. *Epilepsy foundation and Epilepsy together*. <https://www.epilepsy.com/living-epilepsy/epilepsy-and/parents-and-caregivers/about-newborns-and--infants/diagnosis-infant-seizures>.

Williams, A. E., Giust, J. M., Kronenberger, W. G., & Dunn, D. W. (2016). Epilepsy and attention-deficit hyperactivity disorder: Links, risks, and challenges. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 287-296. Doi: 10.2147/NDT.S81549.

Wilson, S. J., Baxendale, S., Barr, W., Hamed, S., Langfitt, J., Samson, S., ... & Smith, M. L. (2015). Indications and expectations for neuropsychological assessment in routine epilepsy care: Report of the ILAE neuropsychology task force, diagnostic methods commission, 2013–2017. *Epilepsia*, 56(5), 674-681.

Woerner, W., Becker, A., & Rothenberger, A. (2004). Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *European child & adolescent psychiatry*, 13(2), 3-10. Doi: 10.1007/s00787-004-2002-6

Wojciechowska, P. B., Samko, K.J., Lammek, M. (2021) *Resilience and coping in difficult social situations among children from low socioeconomic families*.