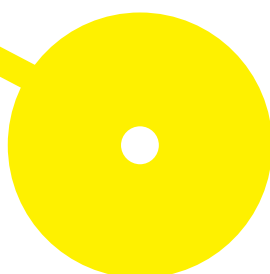




Identificação dos níveis de estigma  
na Perturbação de Hiperatividade e  
Défice de Atenção: Tradução,  
adaptação cultural e avaliação  
psicométrica da versão portuguesa  
do *Attention deficit hyperactivity  
disorder Stigma Questionnaire*

Beatriz de Jesus Chaves Couto

10/2021





**Identificação dos níveis de estigma na Perturbação de Hiperatividade e Défice de  
Atenção: Tradução, adaptação cultural e avaliação psicométrica da versão portuguesa do  
*Attention deficit hyperactivity disorder Stigma Questionnaire***

**Autor**

Beatriz de Jesus Chaves Couto

**Orientadores**

Prof<sup>a</sup> Doutora Maria João Trigueiro/ ESS P. Porto

Prof Doutor Vítor Simões-Silva/ ESS P. Porto

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em **Terapia Ocupacional – Pediatria** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

## Agradecimentos

À Prof<sup>a</sup> Doutora Maria João Trigueiro e ao Prof Doutor Vítor Silva pelas sábias e incansáveis orientações, pela motivação e apoio prestado durante todo este percurso, pela experiência e conhecimento que me foram transmitidos.

À Dra. Regina Bussing, por ter facultado o instrumento original e ter permitido a sua tradução e utilização do questionário para a realização deste estudo.

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo amor incondicional e presença em todas as horas. Por permitirem seguir os meus sonhos. Por toda a paciência e disponibilidade para ouvirem todos os desabafos e por celebrarem com tanta ou maior intensidade todas as mini vitórias alcançadas ao longo deste percurso. Por me acolherem e me alegrarem com palavras de motivação e apoio.

Ao João, pelo incentivo, confiança, compreensão e paciência.

À Ana Luisa, a minha pessoa-luz, pela disponibilidade e apoio incansável, carinho e confiança depositada em mim. Pela partilha de conhecimentos, de forma tão atenciosa e rigorosa, que tanto contribuiu para o desenvolvimento desta investigação.

Aos meus amigos e colegas, que incentivaram, manifestaram interesse e acreditaram na concretização deste percurso com sucesso.

Aos “meus meninos”, pequenos e graúdos. Por me motivarem a querer saber e fazer sempre mais e melhor. Por me permitirem rir e brincar todos os dias. Por me ensinarem a desfrutar e a agradecer as pequenas conquistas. E por me confiarem as suas histórias que me motivaram a dar voz a esta problemática tão presente nos seus dias.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, ajudaram a divulgar a presente investigação e colaboraram na participação do estudo.

A todos, muito obrigada!

## Resumo

**Introdução:** Apesar do crescente conhecimento sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), estas pessoas ainda são confrontadas com estigma por parte da sociedade. A pesquisa sobre o estigma associado à PHDA é limitada devido à falta de instrumentos válidos e confiáveis.

**Objetivo:** Contribuir para a adaptação cultural e validação psicométrica do *ADHD Stigma Questionnaire* (ASQ) para a população portuguesa.

**Material e Métodos:** A amostra foi constituída por 468 indivíduos, com idades compreendidas entre os 11 e os 64 anos de idade, que responderam a um questionário *online*. A validação englobou a tradução e adaptação cultural da versão original e a análise das propriedades psicométricas: fiabilidade – teste–reteste e consistência interna –, validade de conteúdo e validade de construto.

**Resultados:** A consistência interna do ASQ foi muito boa ( $\alpha = 0,93$ ) e os valores do teste–reteste ( $r=0,86$ ) suportam a fiabilidade do instrumento. Na validade de construto, a análise fatorial explicou 51,33% da variância e indicou uma nova distribuição dos itens 2 e 15 no instrumento.

**Conclusão:** A utilização do ASQ para a investigação e prática clínica em Portugal é devidamente suportada pelas propriedades psicométricas.

**Palavras–chave:** Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Estigma; Questionário de Estigma na PHDA; Psicométrica; Validade.

## **Abstract**

**Introduction:** Despite increasing knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), these people are still faced with stigma by society. Research on stigma associated with ADHD is limited due to a lack of valid and reliable measures.

**Objective:** Contribute to the cultural adaptation and psychometric validation of the ADHD Stigma Questionnaire (ASQ) for the Portuguese population.

**Material and Methods:** The sample consisted of 468 individuals, aged between 11 and 64 years old, who responded to an online questionnaire. The validation included the translation and cultural adaptation of the original version and the analysis of the psychometric properties: reliability – test-retest and internal consistency – content validity and construct validity.

**Results:** The internal consistency of the ASQ was excellent ( $\alpha = 0,93$ ), and the test-retest values ( $r=0,86$ ) support the instrument's reliability. In the construct validity, factor analysis explained 51,33% of the variance and indicated a new distribution of items 2 and 15 in the instrument.

**Conclusion:** The use of the ASQ for research and clinical practice in Portugal is adequately supported by the psychometric properties.

**Keywords:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Stigma; ADHD Stigma Questionnaire; Psychometric; Validity.

## Índice

<b>1.</b>	Introdução.....	1
<b>2.</b>	Métodos.....	4
<b>2.1.</b>	Participantes.....	4
<b>2.2.</b>	O Instrumento ASQ .....	4
<b>2.3.</b>	Medidas Adicionais .....	5
<b>2.4.</b>	Procedimentos de recolha de dados.....	7
<b>2.5.</b>	Processo de tradução .....	7
<b>2.6.</b>	Análise Estatística.....	8
<b>2.6.1.</b>	Fiabilidade teste–reteste .....	9
<b>2.6.2.</b>	Consistência interna .....	9
<b>2.6.3.</b>	Validade de construto .....	9
<b>3.</b>	Resultados.....	11
<b>3.1.</b>	Características da amostra.....	11
<b>3.2.</b>	Análise das propriedades psicométricas do ASQ.....	12
<b>3.2.1.</b>	Validade de conteúdo.....	14
<b>3.2.2.</b>	Fiabilidade teste–reteste e consistência interna.....	15
<b>3.2.3.</b>	Validade de construto .....	17
<b>3.2.4.</b>	Consistência interna com alteração dos itens.....	19
<b>4.</b>	Discussão.....	21
<b>5.</b>	Conclusão.....	26
	Referências Bibliográficas.....	27

## 1. Introdução

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), uma das perturbações mais comuns do neurodesenvolvimento<sup>1</sup>, manifesta-se com uma prevalência mundial de 5% entre crianças e adolescentes<sup>2</sup> e pelo menos 2,8% entre adultos<sup>3</sup>. Em Portugal não existem dados precisos, estando publicados alguns trabalhos que sugerem prevalências de aproximadamente 4% a 5% em crianças em idade escolar, à semelhança do descrito noutros países<sup>4</sup>. Embora as principais características incidam sobre a hiperatividade, impulsividade e desatenção<sup>5, 6</sup>, pessoas com diagnóstico de PHDA apresentam também défices ao nível das funções executivas e da memória de trabalho, que, por sua vez, interferem nas diferentes atividades do quotidiano, como no planeamento das tarefas, a estimativa do tempo necessário para concluir uma tarefa, a manutenção da atenção nas tarefas que realiza e o desenvolvimento e manutenção de relacionamentos significativas com os seus pares<sup>7-16</sup>. Adicionalmente, são muitas vezes caracterizadas pela dificuldade na adequação de comportamentos nos diferentes contextos de vida sendo, por isso, muitas vezes descritas como irrequietas, impulsivas, desatentas, preguiçosas, imaturas e mal-educadas<sup>14, 16, 17</sup>. As atitudes e crenças da sociedade são moldadas pelo conhecimento individual existente sobre a perturbação, a proximidade de interação com alguém que vive com a perturbação, os estereótipos culturais sobre a perturbação, as histórias reportadas nos *media* e a familiaridade com as práticas institucionais<sup>18</sup>. Estes fatores são particularmente importantes, uma vez que não só moldam os pensamentos e ações das pessoas com diagnóstico de PHDA, mas também influenciam a perceção e comportamentos dos cuidadores e amigos<sup>19, 20</sup>. A decisão de procurar ajuda profissional para um problema de saúde mental (SM) está intimamente relacionada com as atitudes e crenças socialmente prevalentes<sup>21, 22</sup>.

Dada a complexidade da perturbação, a presença de comportamentos que diferem da norma e a controvérsia ocasional do diagnóstico, as pessoas com PHDA são muitas vezes confrontadas com estigma<sup>20, 23</sup>. A conceção atual de estigma consiste no processo que ocorre quando alguma característica é assinalada como indesejável, baseada em estereótipos e preconceitos negativos, que influenciam a pessoa alvo e que resultam em comportamentos discriminatórios de rejeição e evitamento<sup>24-27</sup>. Deste modo, o estigma não passa de um rótulo criado pela sociedade e que coloca a pessoa alvo à parte do núcleo, considerando-a como menos digna do respeito dos outros ou da sua inclusão na sociedade<sup>24, 28</sup>. Estes aspetos têm impacto significativo na funcionalidade das pessoas com PHDA, nomeadamente no seu desempenho

académico<sup>13, 29, 30</sup> e laboral a longo prazo<sup>14, 30-32</sup>, pelo que podem conduzir a consequências negativas na SM, como perturbação depressiva e perturbação de ansiedade<sup>31, 33, 34</sup>, afetando a adesão e a eficácia da intervenção farmacológica e terapêutica, potenciando o agravamento das barreiras com que a pessoa se depara diariamente e tendo um impacto negativo e significativo no bem-estar mental, no desempenho dos seus papéis e na sua participação ocupacional, vivendo, na maioria da vezes, em privação ocupacional<sup>13, 20, 35-37</sup>.

Em Portugal, o conhecimento que os jovens têm relativamente a questões do âmbito da SM é reduzido, sendo responsável pela manutenção do estigma, ampliação de medos e preconceitos e agravamento da exclusão social, constituindo um forte obstáculo à procura de ajuda profissional<sup>38, 39</sup>. Apesar da subjetividade associada ao conceito de estigma, muitas vezes, estes comportamentos de discriminação têm por base estereótipos que, em muitos casos, surgem de um exagero excessivo dos *media*, da crença de que os problemas de SM são devidos à fraqueza pessoal e da ligação imediata entre a SM e os casos de violência interpessoal<sup>28, 40-43</sup>. Cada vez mais a evidência elucida o quanto o estigma, sob a forma de preconceito e comportamentos discriminatórios, tem impacto na SM e na satisfação com a vida, das pessoas com um diagnóstico de perturbação mental<sup>44, 45</sup>. Limita também a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde, educacionais e oportunidades de vida, bem como integração sociocomunitária<sup>24, 46-48</sup>.

Encontram-se identificados na literatura alguns fatores que contribuem para o estigma na PHDA, nomeadamente, 1) a incerteza da sociedade quanto à confiabilidade/ validade do diagnóstico e a respetiva avaliação do diagnóstico<sup>20, 49-52</sup>; 2) a perceção de perigo pela sociedade em relação às pessoas com PHDA<sup>20, 52-55</sup>; 3) a estigmatização do tratamento de PHDA<sup>20, 52, 56-58</sup>; e 4) a atribuição de um rótulo social às pessoas com este diagnóstico<sup>20, 59-61</sup>. Estas variáveis comprovam as interações complexas entre esta perturbação e o seu contexto sociocultural.

O estigma associado a problemas de SM tem sido estudado nas últimas décadas e o aumento da consciência da sua importância na SM faz com que ocorra também a necessidade de instrumentos válidos e confiáveis para medir o processo do estigma. De momento, não existem instrumentos disponíveis para avaliar o estigma associado à PHDA validados para a população portuguesa. Neste sentido, torna-se pertinente realizar a validação de um instrumento que avalie esta dimensão, uma vez que uma avaliação detalhada e abrangente é crucial para o terapeuta ocupacional perceber e compreender o estigma na população portuguesa e orientar eficazmente a sua intervenção. Entre elas, destacam-se os programas de consciencialização e sensibilização

sobre os sintomas associadas à PHDA com o intuito de evitar percepções negativas por parte da comunidade, educá-los para a inclusão e, conseqüentemente, acompanhar o progresso e/ ou a mudança da percepção de estigma relacionado com a PHDA na comunidade<sup>62,63</sup>.

Na abordagem desta temática têm sido utilizadas várias metodologias, como a técnica de *Focus Group*, contudo, a “exposição” que implica a realização de uma entrevista de grupo leva, muitas vezes, a uma grande recusa de adesão por parte dos participantes, alegando motivos como “vergonha”, “estigma” e “medo” de ser avaliado ou até mesmo julgado<sup>64</sup>. Também é recorrente a utilização de questionários com perguntas de escolha múltipla ou com perguntas dicotómicas (sim/não) para recolha de dados, porém podem tornar-se limitativos caso a informação recolhida seja superficial<sup>65</sup>. Existem autores que recorrem à recolha de informação através da observação direta em contexto natural, uma vez que permite a recolha de comportamentos e atitudes em contexto amigável e com o mínimo de interferências exteriores, contudo são reconhecidas algumas limitações como a dificuldade de aceitação da presença do observador pelo grupo observado e as que se prendem com o registo, dado que este é efetuado no momento das ocorrências e pode induzir os observados a comportamentos de inibição e de autocrítica<sup>66</sup>. É importante que as pessoas que contactam diretamente com alguém com PHDA tenham um papel ativo na desmistificação desta problemática, sobretudo nas questões do estigma associado, pelo que a utilização de instrumentos com escalas de avaliação ou escala de *Likert* pode ser uma técnica vantajosa, pelo facto de garantir o anonimato dos participantes, o que assegura uma maior credibilidade dos dados recolhidos, já que reduz o nível de constrangimento que o sujeito possa sentir ao abordar determinadas questões. Para além disso, para serem funcionais, os instrumentos de classificação devem apresentar um conjunto de itens que medem uma determinada característica, num formato de pergunta simples e com cinco ou menos categorias de resposta rotuladas<sup>67,68</sup>.

Face ao descrito, o objetivo do presente estudo é validar o questionário *ADHD Stigma Questionnaire (ASQ)*<sup>69</sup> para população portuguesa, contribuindo para a adaptação cultural e validação psicométrica do instrumento.

## 2. Métodos

### 2.1. Participantes

Para a seleção dos participantes utilizou-se um método de amostragem não probabilístico por conveniência, uma vez que estes não foram selecionados de forma aleatória, mas sim da forma mais conveniente e acessível para os investigadores<sup>70,71</sup>. De modo a obter uma amostra com um elevado número de participantes, para garantir uma maior expressividade nos resultados, os participantes foram recrutados através de contactos telefónicos e das redes sociais da equipa de investigadores e de contactos institucionais a alunos, professores e funcionários de instituições de ensino secundário e superior da área metropolitana do Porto. Foi enviado, através de correio eletrónico um questionário *online* para os participantes que consentiram em participar no estudo.

De modo a averiguar quais os participantes a serem incluídos no estudo, definiram-se como critérios de inclusão que 1) todos os participantes deveriam ter idade igual ou superior a 11 anos e 2) nacionalidade portuguesa. Por sua vez, definiu-se como critério de exclusão, 1) pessoas que tivessem problemas de comunicação ou cognitivos que pudessem comprometer a compreensão do conteúdo das questões dos questionários e 2) pessoas com patologia declarada que interfira com os resultados a obter, nomeadamente, outras perturbações do desenvolvimento, como a Perturbação do Espectro do Autismo, e perturbações mentais, como a Esquizofrenia.

### 2.2. O Instrumento ASQ

O *ADHD Stigma Questionnaire* (ASQ), desenvolvido por Kellison e colaboradores<sup>69</sup>, em 2010, é uma adaptação da Escala de Estigma do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIVSQ)<sup>72</sup> com 40 itens. A HIVSQ foi direcionada apenas para pessoas com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)<sup>72</sup>; na sua adaptação para a PHDA, o ASQ foca-se no estigma relativamente a pessoas com diagnóstico de PHDA mas pode ser respondido por estes e também por professores e outras populações não clínicas<sup>69</sup>, tendo, por isso, as afirmações sido alteradas da primeira para a terceira pessoa<sup>69</sup>. Para além disso, todas as afirmações foram reformuladas para avaliar a perceção do estigma associado à PHDA<sup>69</sup>, com base na revisão de vários especialistas<sup>69</sup>.

O ASQ é, assim, constituído por 26 afirmações sobre possíveis experiências, sentimentos e opiniões acerca de pessoas com PHDA e sobre a forma como os outros lidam com elas e tem como objetivo avaliar a perceção do estigma associado à PHDA<sup>69</sup>. O questionário encontra-se

dividido em três subescalas: as Preocupações de Exposição (PE), que se centram nas preocupações sobre a revelação de um diagnóstico de PHDA; a Autoimagem Negativa (AIN), relacionada com o diagnóstico; e a Preocupação com Atitudes Públicas (PAP), que se centra nos sintomas e preocupações com as atitudes públicas sobre a PHDA<sup>69</sup>. Os participantes são instruídos a classificar cada afirmação numa escala de *Likert* de quatro pontos (1 = Discordo Totalmente; 2 = Discordo; 3 = Concordo; 4 = Concordo Totalmente), com pontuações mais altas a indicar percepções de estigma mais elevadas<sup>69</sup>.

A pontuação geral do estigma é composta pela soma das pontuações das 26 afirmações, variando entre 26 e 104 pontos<sup>69</sup>, podendo ainda obter-se pontuações por subescala: PE (soma dos itens 3, 5, 13, 17, 18, 19, 23, variando entre 7 e 28 pontos); AIN (soma dos itens 1, 2, 6, 8, 9, 11, variando entre 6 e 24 pontos); e PAP (soma dos itens 4, 7, 10, 12, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 24, 25, 26, variando entre 13 e 52 pontos)<sup>69</sup>.

Os conteúdos da versão original do ASQ estão validados para a comunidade de adolescentes, com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos, com e sem historial de problemas relacionados com a PHDA<sup>69</sup>. O instrumento apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0,93)<sup>69</sup>. A análise fatorial confirmatória apoiou a estrutura de três fatores com subescalas altamente correlacionadas para PE, AIN e PAP<sup>69</sup>.

### **2.3. Medidas Adicionais**

#### **Dados sociodemográficos e clínicos**

Foram igualmente recolhidas informações dos participantes acerca da idade, sexo, nacionalidade, estado civil, grau de escolaridade, cidade de residência e situação profissional. Para além disso, os participantes foram questionados se tinham algum familiar, amigo ou conhecido com diagnóstico de PHDA e com que regularidade contactavam com essa pessoa. Os participantes também foram questionados se haviam sido diagnosticados com alguma perturbação de saúde para além daquelas consideradas nos critérios de seleção.

Para verificar quais os participantes que apresentam elevado e baixo risco de exibirem sintomas característicos da PHDA, foram utilizadas as seguintes escalas:

#### **Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener – V1.1 – Versão portuguesa**<sup>73</sup>

O *Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener*, versão 1.1, é um instrumento de rastreio que identifica sintomas da PHDA nos últimos 6 meses, em pessoas com 18 ou mais anos

de idade<sup>73, 74</sup>. O instrumento integra seis questões a ser respondidas numa escala de *Likert* de cinco pontos (0 = Nunca; 1 = Raramente; 2 = Algumas vezes; 3 = Frequentemente; e 4 = Muito frequentemente)<sup>73, 74</sup>. É atribuído um ponto a cada resposta assinalada nas caixas sombreadas. A pontuação final é calculada através da soma das questões, podendo variar num intervalo de 0–6 pontos, sendo que uma pessoa com uma pontuação igual ou superior a 4 pontos apresenta “elevado risco de PHDA”, ou seja, sintomas altamente consistentes com a PHDA no adulto<sup>74, 75</sup>. Apesar da versão portuguesa deste instrumento não apresentar uma avaliação psicométrica, apresenta boas propriedades psicométricas da versão original em estudos com adultos ( $\alpha$  de Cronbach entre 0,63 e 0,72)<sup>75</sup>. As questões do ASRS  *Screener* na versão portuguesa são consistentes com os critérios do DSM-IV<sup>74</sup>, não havendo, até à data, uma tradução para português com base na versão do DSM-5<sup>76</sup>.

#### **MTA SNAP-IV – PT: Escala de avaliação para pais e professores – Versão portuguesa**<sup>77</sup>

O MTA-SNAP-IV é uma versão curta de 26 itens do questionário Swanson, Nolan and Pelham versão IV (SNAP-IV)<sup>78, 79</sup>. Este questionário serve para avaliar a presença de sintomatologia da PHDA em crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos, com base no relato de pais ou professores e tendo em consideração os critérios de diagnóstico do DSM-IV<sup>77, 79</sup>. O MTA-SNAP-IV encontra-se dividido em três subescalas: nove sintomas de desatenção (itens 1 a 9), nove sintomas de hiperatividade-impulsividade (itens 10 a 18) e oito sintomas da perturbação de oposição e desafio (itens 19 a 26)<sup>77, 79</sup>. A avaliação de cada item/comportamento é feita numa escala de 4 pontos (“não ocorre”=0, “Um pouco”=1, “frequente”=2 e “muito frequente”=3)<sup>77, 79</sup>. O resultado final pode ser calculado através da soma dos pontos dos itens do instrumento e dividindo-os pelo número total de itens, significando que uma pontuação igual ou superior a 40 pontos, existe uma “elevada probabilidade de PHDA”, ou seja, sintomas altamente consistentes com a PHDA<sup>77, 79</sup>. Quanto maior a pontuação final, maior a presença de sintomatologia da PHDA<sup>77, 79</sup>.

Apesar deste instrumento não apresentar uma avaliação psicométrica da versão do português europeu, o MTA SNAP-IV original apresenta uma boa consistência interna, tanto para avaliações feitas pelos pais ( $\alpha$  de Cronbach entre 0,79 e 0,90 para as subescalas e  $\alpha$  de Cronbach = 0,94 para o fator total de PHDA), como para as avaliações feitas pelos professores ( $\alpha$  de Cronbach entre 0,92 e 0,97 para as subescalas e  $\alpha$  de Cronbach = 0,97 para o fator total de

PHDA)<sup>80</sup>. O instrumento na versão portuguesa apresenta validade de conteúdo pela correspondência com os critérios de diagnóstico do DSM-5<sup>5,77</sup>.

#### **2.4. Procedimentos de recolha de dados**

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do P. Porto com o processo número CE0063A e foi igualmente obtida a permissão dos autores do ASQ para iniciar o processo de tradução (10 de agosto de 2020). Após a conclusão do processo de adaptação cultural, iniciou-se o estudo transversal *online* nos estabelecimentos de ensino, que foi realizado entre fevereiro a junho de 2021, correspondendo o tempo médio de preenchimento aproximadamente 15 minutos.

Todos os participantes ou respetivos representantes legais (no caso dos jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos), antes de responderem ao questionário, concordaram em participar do estudo, declarando seu consentimento usando um formulário de consentimento informado online formulado de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial<sup>81,82</sup>. Deste modo garantiu-se que os participantes eram informados sobre os objetivos de estudo, que os dados recolhidos seriam utilizados apenas para fins estatísticos, que todos os dados relativos à identificação dos mesmos eram confidenciais, sendo mantido o anonimato e a ressalva de que, caso pretendessem, os participantes poderiam desistir do estudo sem qualquer penalização<sup>81,82</sup>. Caso os participantes dessem seu consentimento e indicassem seu e-mail, 15 dias após o preenchimento do questionário, era solicitado um segundo preenchimento do mesmo questionário com o objetivo de avaliar a fiabilidade teste-reteste.

#### **2.5. Processo de tradução**

Após contacto e resposta positiva por parte dos autores para validar o ASQ para a população portuguesa, iniciou-se o processo de tradução que foi desenvolvido de acordo com as orientações de Acquadro e colaboradores<sup>83</sup>. A tradução inicial da versão original foi realizada, de forma individual, por três peritos profissionais da área da saúde, fluentes na língua inglesa, mas com língua materna portuguesa. Durante o processo de tradução, teve-se em conta o significado de cada afirmação na versão inglesa, procurando não o alterar aquando da tradução para a língua portuguesa. Após o cruzamento das três traduções (fase de reconciliação), a tradução do instrumento foi entregue a um painel de peritos, constituído por quatro peritos profissionais da área da saúde, cuja função é avaliar a qualidade da tradução realizada. Posteriormente, a

tradução foi enviada para dois tradutores profissionais bilingues, que realizaram a retroversão para a língua inglesa, de forma a serem detetados possíveis erros de tradução. Após o envio da retroversão aos autores do instrumento original para verificação do conteúdo, a tradução foi enviada novamente para o painel de peritos, que comparou a versão original com a versão da retroversão, de forma a analisar a validade de conteúdo. A validade de conteúdo refere-se ao grau em que os itens de um instrumento determinam o mesmo conteúdo e refletem adequadamente o construto a ser medido<sup>83-85</sup>.

Findo este processo, deu-se início à realização do estudo preliminar. Nesta fase, aplicou-se a versão pré-final do instrumento a 12 indivíduos, representativos das diferentes populações (jovens, adultos, pais e professores), que foram questionados sobre a sua interpretação acerca das diferentes questões. No caso dos participantes que não perceberam as afirmações, foi-lhes questionado o que não compreenderam: se uma palavra, um conceito ou toda a afirmação. A todos os participantes foi dada a hipótese de sugerir reformulações às afirmações<sup>86-88</sup>. Dado que não se verificou a necessidade de proceder a alterações, as afirmações foram novamente submetidas a painel de peritos, na qual a validade de conteúdo foi verificada. Após a obtenção da versão final do instrumento, iniciou-se a aplicação do mesmo aos diversos participantes.

## **2.6. Análise Estatística**

A análise estatística dos dados recolhidos foi efetuada utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 27.0 para *Windows*<sup>89,90</sup>. Para todos os testes estatísticos aplicados, recorreu-se ao nível de significância de  $\alpha=0,05$ .

Inicialmente, realizou-se a análise descritiva dos dados sociodemográficos para caracterização da amostra e do resultado obtido pelo instrumento de avaliação do estigma na PHDA, indicando o nível de estigma dos indivíduos que constituem a amostra. As variáveis qualitativas foram apresentadas através de frequências absolutas (n) e relativas (%) e para as variáveis quantitativas utilizaram-se a média, desvio padrão e as amplitudes (máximo e mínimo)<sup>90</sup>. De forma a verificar os pressupostos de normalidade utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, tendo-se verificado que as variáveis de interesse não seguiam uma distribuição normal<sup>90</sup>. No entanto, a análise da distribuição das respostas dos itens que constituíam o questionário e da sua pontuação total, através da análise da média, mediana e moda, amplitudes e coeficientes de assimetria e curtose, revelaram valores que permitiam assumir uma distribuição normal, com coeficientes contidos no intervalo ]- 1,96; +1,96[<sup>91,92</sup>.

### **2.6.1. Fiabilidade teste-reteste**

A fiabilidade teste-reteste permite verificar se as pontuações obtidas no teste são semelhantes em dois momentos distintos<sup>84</sup>. Tem como objetivo avaliar até que grau o instrumento está livre de cometer erro<sup>85,90</sup>. Foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para avaliar a associação entre os valores dos totais na primeira e na segunda aplicação do questionário, sendo considerados aceitáveis os valores maiores do que 0,70 (para valores entre 0,70 a 0,90 existe uma correlação alta e para valores acima de 0,90 existe uma correlação muito alta)<sup>85,90</sup>.

### **2.6.2. Consistência interna**

De forma a verificar o grau de inter-relação entre os itens do ASQ, recorreu-se ao uso do alfa de Cronbach<sup>90,91</sup>. Em termos numéricos, este varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais elevado o valor de alfa, maior a consistência interna do instrumento. Assim, considera-se que a consistência é razoável quando  $0,70 < \alpha < 0,80$ ; é boa quando  $0,80 < \alpha < 0,90$ ; e muito boa quando  $\alpha > 0,90$ <sup>90, 91, 93</sup>. Foi considerado não só o valor global do alfa de Cronbach como também se considerou a contribuição individual de cada questão para a consistência total do instrumento, através da verificação do valor assumido pelo alfa de Cronbach se esse item fosse excluído.

### **2.6.3. Validade de construto**

A validade de construto pretende avaliar a extensão em que os itens do ASQ realmente representam o construto a ser medido, através da avaliação das correlações entre itens, identificando os itens fortemente relacionados entre si<sup>84,90,91</sup>. Esta foi avaliada através de uma análise fatorial exploratória, com rotação Varimax. Depois de se proceder à extração dos fatores, o número de fatores a reter foi decidido com base no critério do gráfico de escarpa, que considera que se devem reter os fatores até aquele em que se observa a inflexão da curva<sup>90,91</sup>. A primeira análise fatorial resultou na extração de quatro fatores que explicaram 55,79% da variância. No entanto, e de forma a manter a divisão original do instrumento feita pelos autores, procedeu-se a uma nova análise fatorial exploratória, forçada a três fatores. Este novo modelo explicou 51,33% da variância total do instrumento. Para a saturação dos fatores foram considerados pertinentes os itens com peso fatorial superior a 0,40<sup>90</sup>.

De forma a verificar os pressupostos para a realização da análise fatorial, foi realizado o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), sendo que para valores superiores a 0,50, a análise fatorial pode ser realizada. Valores inferiores a 0,50 indicam que pelo menos uma variável não se ajusta à estrutura definida pelas outras variáveis, sendo que deve considerar-se a sua eliminação da análise fatorial<sup>90,91</sup>.

### 3. Resultados

#### 3.1. Características da amostra

A amostra (Tabela 1) foi constituída por 468 indivíduos, com idades compreendidas entre os 11 e os 64 anos de idade, sendo a média das idades de 31,96 ( $\pm 14,79$ ) anos. Relativamente ao sexo, 332 (70,90%) são do sexo feminino e 136 (29,10%) do masculino, sendo que 339 (72,40%) das pessoas residem na área metropolitana do Porto (AMP) Litoral e 129 (27,60%) na AMP Interior. Do total da amostra, 261 (55,80%) indivíduos são solteiros, 160 (34,20%) possuem o ensino secundário, 246 (52,60%) encontram-se empregados, 94 (20,10%) referem ter problemas de saúde e 212 (45,30%) já conheceram alguém com PHDA. Por fim, de 101 jovens, 8 (7,90%) apresentam probabilidade elevada de apresentarem PHDA; e de 367 adultos, 58 (15,80%) apresentam probabilidade elevada de apresentarem PHDA.

**Tabela 1** – Caracterização da amostra.

		Frequência n (%)	Mínimo – Máximo	Média ( $\bar{x}$ )	Desvio padrão ( $\sigma$ )
<b>Idade</b>		468	11 – 64	31,96	14,79
<b>Sexo</b>	Feminino	332 (70,90)	-	-	-
	Masculino	136 (29,10)	-	-	-
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	261 (55,80)	-	-	-
	Casado/ União de Facto	172 (36,80)	-	-	-
	Separado/ Divorciado	30 (6,40)	-	-	-
	Viúvo	5 (1,10)	-	-	-
<b>Grau de Escolaridade</b>	1º ciclo	11 (2,40)	-	-	-
	2º ciclo	32 (6,80)	-	-	-
	3º ciclo	48 (10,30)	-	-	-
	Ensino secundário	160 (34,20)	-	-	-
	Licenciatura	138 (29,50)	-	-	-
	Mestrado	68 (14,50)	-	-	-
<b>Situação Laboral</b>	Doutoramento	11 (2,40)	-	-	-
	Estudante	199 (42,50)	-	-	-
	Empregado	246 (52,60)	-	-	-
	Desempregado	20 (4,30)	-	-	-
<b>Cidade de Residência</b>	Reformado	3 (0,60)	-	-	-
	AMP Litoral	339 (72,40)	-	-	-
<b>Problema de saúde</b>	AMP Interior	129 (27,60)	-	-	-
	Não	374 (79,90)	-	-	-
<b>Probabilidade de PHDA em jovens*</b>	Sim	94 (20,10)	-	-	-
	Baixa	93 (92,10)	-	-	-
<b>Probabilidade de PHDA em adultos**</b>	Elevada	8 (7,90)	-	-	-
	Baixa	309 (84,20)	-	-	-
<b>Conhecer alguém com PHDA</b>	Elevada	58 (15,80)	-	-	-
	Não	256 (54,70)	-	-	-
	Sim	212 (45,30)	-	-	-

Regularidade de contacto com indivíduo com PHDA ***	Diariamente	75 (35,40)	-	-	-
	Semanalmente a Mensalmente	46 (21,7)	-	-	-
	Ocasionalmente e Nunca	91 (42,90)	-	-	-
Tipo de relação com indivíduo com PHDA ***	Conhecido	108 (50,9)	-	-	-
	Familiar	61 (28,8)	-	-	-
	Amigo	43 (20,3)	-	-	-

\* n=101, por haver valores omissos; \*\* n=367, por haver valores omissos; \*\*\* n=212, por haver valores omissos.

Segundo a Tabela 2, a média da pontuação obtida do ASQ total foi de 62,77 ( $\pm 11,47$ ) num total de 104 pontos possíveis. A média da subescala PE foi de 18,50 ( $\pm 3,63$ ) em 28 pontos, a da subescala AIN foi de 14,80 ( $\pm 3,08$ ) em 24 pontos e a da subescala PAP foi de 29,47 ( $\pm 6,24$ ) em 52 pontos.

Tabela 2 – Caracterização da amostra relativamente à presença de estigma na PHDA.

ASQ	Média ( $\bar{x}$ )	Desvio padrão ( $\sigma$ )	Assimetria	Curtose
Total	62,77	11,47	-0,40	0,67
Subescalas				
PE	18,50	3,63	-0,56	0,78
AIN	14,80	3,08	-0,32	0,25
PAP	29,47	6,24	-0,15	0,18

PE – Preocupações de exposição; AIN – Autoimagem negativa; PAP – Preocupações com atitudes públicas

### 3.2. Análise das propriedades psicométricas do ASQ

Analisando a distribuição dos valores nos vários itens que compõem o ASQ (Tabela 3), verificou-se que a totalidade dos itens apresentava valores que preenchem a totalidade da escala de resposta (mínimo de um e máximo de quatro) com valores de média, mediana e moda sobreponíveis. Esta distribuição mostrou ainda que os itens apresentavam curvas de tendência simétrica, com valores de assimetria a variar entre -0,75 e 0,44, e uma tendência para uma distribuição mesocúrtica, com valores de curtose que variavam entre -0,66 e 0,85, para todos os itens. A pontuação total média da escala foi de 62,77 e os valores da assimetria e da curtose foram, respetivamente, de -0,40 e 0,67, revelando que, no caso da pontuação final média, a tendência verificada para os itens se manteve, com uma curva que se apresentava mesocúrtica e simétrica.

**Tabela 3 – Análise descritiva dos itens do ASQ.**

ASQ	Mé di a ( $\bar{x}$ )	Median a	Mod a	Mínimo – Máximo	Assimetri a	Curtos e
1- As pessoas que têm PHDA sentem-se culpadas por isso.	2,22	2,00	2	1-4	-0,04	-0,66
2- As atitudes das pessoas em relação à PHDA podem fazer com que, quem tem PHDA se sinta pior consigo mesmo.	2,98	3,00	3	1-4	-0,70	0,47
3- Alguém que tem PHDA consideraria arriscado falar às outras pessoas acerca disso.	2,55	3,00	3	1-4	-0,43	-0,22
4- As pessoas com PHDA perdem os seus empregos quando os empregadores descobrem a sua condição.	2,16	2,00	2	1-4	0,19	0,01
5- As pessoas com PHDA esforçam-se bastante para manter a sua condição em segredo.	2,63	3,00	3	1-4	-0,29	-0,07
6- As pessoas com PHDA sentem que não são tão boas como as outras por terem PHDA.	2,46	3,00	3	1-4	-0,26	-0,36
7- As pessoas com PHDA são tratadas como marginais.	1,87	2,00	2	1-4	0,44	-0,13
8- As pessoas com PHDA sentem-se destroçadas por causa da sua condição.	2,38	2,00	2	1-4	0,16	-0,16
9- Depois de saber que tem PHDA, a pessoa pode sentir-se à parte e isolada do resto do mundo.	2,53	3,00	3	1-4	-0,34	-0,26
10- A maioria das pessoas pensa que alguém com PHDA está gravemente afetada.	2,19	2,00	2	1-4	0,14	-0,36
11- Uma pessoa com PHDA sente que é má por causa disso.	2,22	2,00	2	1-4	0,15	-0,25
12- A maioria das pessoas com PHDA é rejeitada quando os outros descobrem a sua condição.	2,10	2,00	2	1-4	0,42	0,41
13- As pessoas com PHDA têm muito cuidado a quem contam a sua condição.	2,80	3,00	3	1-4	-0,44	0,42
14- Algumas pessoas ficam mais distantes de alguém com PHDA quando descobrem o seu diagnóstico.	2,36	2,00	2	1-4	0,04	-0,31
15- Depois de saberem que têm PHDA, as pessoas começam a preocupar-se com a discriminação por parte dos outros.	2,70	3,00	3	1-4	-0,54	0,36
16- A maioria das pessoas sente-se desconfortável perto de alguém com PHDA.	2,04	2,00	2	1-4	0,10	-0,46
17- As pessoas com PHDA preocupam-se que os outros possam julgá-las quando descobrirem a sua condição.	2,76	3,00	3	1-4	-0,75	0,85
18- As pessoas com PHDA arrependem-se de ter contado a algumas pessoas acerca da sua condição.	2,66	3,00	3	1-4	-0,46	0,17
19- Por norma, as pessoas com PHDA sentem que contar aos outros sobre a sua condição foi um erro.	2,41	2,00	2	1-4	-0,08	-0,26

20- As pessoas não querem alguém com PHDA perto dos seus filhos, quando descobrem que a pessoa tem PHDA.	2,08	2,00	2	1-4	0,27	-0,04
21- Algumas pessoas agem como se ter PHDA fosse culpa dessa pessoa.	2,58	3,00	3	1-4	-0,24	-0,48
22- As pessoas com PHDA perderam amigos por lhes terem contado que tinham essa perturbação.	2,28	2,00	2	1-4	0,26	-0,12
23- As pessoas com PHDA disseram a pessoas próximas para manterem em segredo o seu diagnóstico.	2,69	3,00	3	1-4	-0,42	0,14
24- Os aspetos positivos das pessoas com PHDA tendem a ser ignorados.	2,60	3,00	3	1-4	-0,27	-0,39
25- As pessoas parecem ter medo de alguém com PHDA assim que descobrem a sua condição.	2,15	2,00	2	1-4	0,17	-0,27
26- Quando as pessoas descobrem que alguém tem PHDA, procuram falhas no seu carácter.	2,36	2,00	2	1-4	-0,01	-0,35

### 3.2.1. Validade de conteúdo

No que diz respeito à validade de conteúdo, foram encontradas diferenças de tradução em algumas palavras (p. ex., criminosos vs. marginais) e expressões (p. ex., “trabalhar no duro” e “fazer um grande esforço”). Após discussão e avaliação pelo painel de peritos, chegou-se a um consenso sobre os termos mais adequados, tendo o painel de peritos considerado que a tradução dos itens mantinha a equivalência conceptual e linguística à sua redação na versão original. A versão em português do ASQ manteve a mesma estrutura da versão original com 26 questões, sendo 7 na subescala PE, 6 na subescala AIN e 13 na subescala PAP.

A tradução final foi submetida a um estudo preliminar num grupo de jovens, adultos, pais e professores (n= 12), que avaliaram a facilidade de preenchimento numa escala dicotómica (sim/não), sendo posteriormente registadas eventuais dúvidas no preenchimento, considerando a possibilidade de rever a tradução caso se mostrasse necessário, através do método de reflexão falada<sup>86-88</sup>. Após o estudo preliminar, verificou-se que os itens eram facilmente compreendidos, não havendo a necessidade de proceder a alterações.

Na Tabela 4 seguem-se as considerações tidas relativamente às questões que apresentaram maiores diferenças na tradução e adaptação cultural do ASQ.

**Tabela 4** – Diferenças na tradução e adaptação cultural do ASQ.

Versão original	Termos em discussão	Versão final
5- People with ADHD work hard to keep it a secret.	“trabalhar no duro” e “fazer um grande esforço” – a palavra deve refletir esforço, trabalho árduo e difícil, algo muito exigente.	5- As pessoas com PHDA esforçam-se bastante para manter a sua condição em segredo.
7- People with ADHD are treated like outcasts.	“criminosos” e “marginais” – alguém que vive à parte da sociedade, desrespeitando leis e valores estabelecidos, ser tratado como um delinquente.	7- As pessoas com PHDA são tratadas como marginais.
8- People with ADHD feel damaged because of it.	A palavra “danificada” remete para objetos inanimados. Optou-se pela palavra “destroçada”, que reflete um sentimento pessoal de grande dor ou angústia, como se sentisse mal consigo próprio, para que o significado da afirmação original não mudasse.	8- As pessoas com PHDA sentem-se destroçadas por causa da sua condição.
10- Most people think that a person with ADHD is damaged.	A palavra “danificada” remete para objetos inanimados. Optou-se pela palavra “gravemente afetada”, que remete para a percepção dos outros sobre a pessoa com PHDA, a existência de uma alteração prejudicial que compromete a sua função normal.	10- A maioria das pessoas pensa que alguém com PHDA está gravemente afetada.
26- When people learn that someone has ADHD, they look for flaws in their character.	“carácter” e “personalidade” – remete para a sua maneira de ser.	26- Quando as pessoas descobrem que alguém tem PHDA, procuram falhas no seu carácter.

### 3.2.2. Fiabilidade teste-reteste e consistência interna

No que diz respeito à fiabilidade teste-reteste, encontrou-se uma associação de 86,0% entre a pontuação total do instrumento medida na primeira e segunda avaliações ( $r=0,86$ ;  $p=0,20$ ).

No que concerne à análise da consistência interna, verificou-se que o ASQ total apresenta uma muito boa consistência interna ( $\alpha = 0,93$ ) e as três subescalas tiveram boa a razoável consistência interna (respetivamente  $\alpha_{PE}=0,87$ ;  $\alpha_{AIN}=0,78$ ;  $\alpha_{PAP}=0,89$ ).

Na análise das correlações entre itens, notou-se que alguns itens nas subescalas PE, AIN e PAP apresentavam uma correlação relativamente baixa (entre 0,22 a 0,39). A análise do alfa de Cronbach se o item for excluído (de forma a verificar se a consistência interna do instrumento aumentava na ausência desse item) mostrou que, para todas as subescalas, nenhum dos itens, quando excluído, fazia aumentar o valor do alfa de Cronbach. No que toca à correlação item total corrigida, verificou-se que todos os itens assumiam boas correlações com a pontuação total (superiores a 0,40) (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise da confiabilidade do ASQ.

Itens do ASQ	Alfa de Cronbach	Correlação item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
<b>Subescala – PE (7 itens)</b>			
3- Alguém que tem PHDA consideraria arriscado falar às outras pessoas acerca disso.	0,87	0,53	0,86
5- As pessoas com PHDA esforçam-se bastante para manter a sua condição em segredo.		0,60	0,85
13- As pessoas com PHDA têm muito cuidado a quem contam a sua condição.		0,69	0,84
17- As pessoas com PHDA preocupam-se que os outros possam julgá-las quando descobrirem a sua condição.		0,66	0,84
18- As pessoas com PHDA arrependem-se de ter contado a algumas pessoas acerca da sua condição.		0,68	0,84
19- Por norma, as pessoas com PHDA sentem que contar aos outros sobre a sua condição foi um erro.		0,62	0,85
23- As pessoas com PHDA disseram a pessoas próximas para manterem em segredo o seu diagnóstico.		0,70	0,84
<b>Subescala – AIN (6 itens)</b>			
1- As pessoas que têm PHDA sentem-se culpadas por isso.	0,78	0,49	0,76
2- As atitudes das pessoas em relação à PHDA podem fazer com que, quem tem PHDA se sinta pior consigo mesmo.		0,39	0,78
6- As pessoas com PHDA sentem que não são tão boas como as outras por terem PHDA.		0,56	0,74
8- As pessoas com PHDA sentem-se destroçadas por causa da sua condição.		0,55	0,74
9- Depois de saber que tem PHDA, a pessoa pode sentir-se à parte e isolada do resto do mundo.		0,61	0,73
11- Uma pessoa com PHDA sente que é má por causa disso.		0,59	0,73
<b>Subescala – PAP (13 itens)</b>			
4- As pessoas com PHDA perdem os seus empregos quando os empregadores descobrem a sua condição.	0,89	0,55	0,88
7- As pessoas com PHDA são tratadas como marginais.		0,56	0,88
10- A maioria das pessoas pensa que alguém com PHDA está gravemente afetada.		0,64	0,88
12- A maioria das pessoas com PHDA é rejeitada quando os outros descobrem a sua condição.		0,70	0,88
14- Algumas pessoas ficam mais distantes de alguém com PHDA quando descobrem o seu diagnóstico.		0,64	0,88
15- Depois de saberem que têm PHDA, as pessoas começam a preocupar-se com a discriminação por parte dos outros.		0,48	0,89
16- A maioria das pessoas sente-se desconfortável perto de alguém com PHDA.		0,59	0,88
20- As pessoas não querem alguém com PHDA perto dos seus filhos, quando descobrem que a pessoa tem PHDA.		0,61	0,88
21- Algumas pessoas agem como se ter PHDA fosse culpa dessa pessoa.		0,59	0,88
22- As pessoas com PHDA perderam amigos por lhes terem contado que tinham essa perturbação.		0,57	0,88
24- Os aspetos positivos das pessoas com PHDA tendem a ser ignorados.		0,54	0,89
25- As pessoas parecem ter medo de alguém com PHDA assim que descobrem a sua condição.		0,58	0,88

26- Quando as pessoas descobrem que alguém tem PHDA, procuram falhas no seu caráter.	0,57	0,88
--	------	------

PE – Preocupações de exposição; AIN – Autoimagem negativa; PAP – Preocupações com atitudes públicas

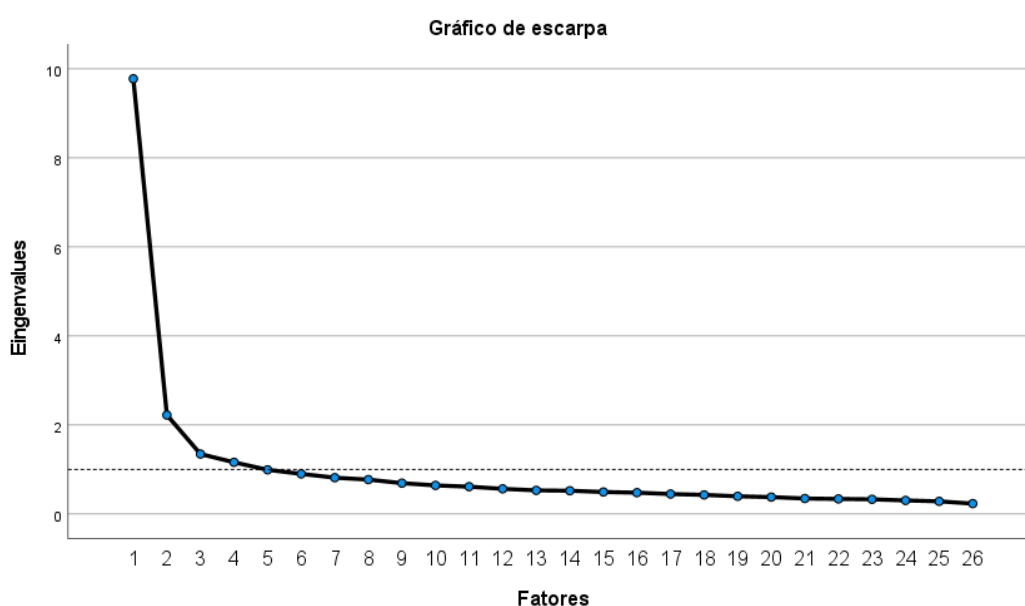
### 3.2.3. Validade de construto

Procedeu-se a uma análise fatorial exploratória, inicialmente baseada nos valores dos *eigenvalues* para os itens das subescalas. O valor do teste de Kaiser-Meyes-Olkin (KMO) foi de 0,94. De acordo com a Figura 1 verificou-se que o ponto de inflexão da curva se situa entre o primeiro e o quarto fator, logo o número adequado de fatores a considerar na análise fatorial seria de quatro, explicando 55,79% de variância. Uma segunda análise fatorial exploratória, forçada a três fatores, explicou 51,33% da variância total do instrumento e os pesos fatoriais dos itens saturaram o fator respetivo com valores superiores a 0,40, sendo que o item 4 foi o único que se encontrou mais tangente ao valor mínimo. Apesar de que, na escala original, o item 2 saturar o fator 2 (AIN), em conjunto com os itens 1, 6, 8, 9 e 11, e o item 15 saturar o fator 3 (PAP), em conjunto com os itens 4, 7, 10, 12, 14, 16, 20, 21, 22, 24, 25 e 26, nesta análise, ambos os itens apresentaram um valor de saturação mais elevado no fator 1 (PE), como se observa na Tabela 6, pelo que se optou por os colocar neste fator, ficando assim a distribuição dos itens pelos fatores organizada da seguinte forma:

Fator 1 (PE) com os itens 2, 3, 5, 13, 15, 17, 18, 19 e 23;

Fator 2 (AIN) com os itens 1, 6, 8, 9 e 11;

Fator 3 (PAP) com os itens 4, 7, 10, 12, 14, 16, 20, 21, 22, 24, 25 e 26.



**Figura 1** – Critério de *eigenvalue* da análise fatorial.

**Tabela 6 – Análise Fatorial ASQ: Matriz de fatores.**

Itens do ASQ	Fato r1 (PE)	Fato r2 (AIN)	Fator 3 (PAP )
1- As pessoas que têm PHDA sentem-se culpadas por isso.	-	0,60	-
2- As atitudes das pessoas em relação à PHDA podem fazer com que, quem tem PHDA se sinta pior consigo mesmo.	0,63	0,08*	-
3- Alguém que tem PHDA consideraria arriscado falar às outras pessoas acerca disso.	0,51	-	-
4- As pessoas com PHDA perdem os seus empregos quando os empregadores descobrem a sua condição.	-	-	0,46
5- As pessoas com PHDA esforçam-se bastante para manter a sua condição em segredo.	0,56	-	-
6- As pessoas com PHDA sentem que não são tão boas como as outras por terem PHDA.	-	0,67	-
7- As pessoas com PHDA são tratadas como marginais.	--	-	0,60
8- As pessoas com PHDA sentem-se destroçadas por causa da sua condição.	-	0,64	-
9- Depois de saber que tem PHDA, a pessoa pode sentir-se à parte e isolada do resto do mundo.	-	0,51	-
10- A maioria das pessoas pensa que alguém com PHDA está gravemente afetada.	-	-	0,67
11- Uma pessoa com PHDA sente que é má por causa disso.	-	0,63	-
12- A maioria das pessoas com PHDA é rejeitada quando os outros descobrem a sua condição.	-	-	0,70
13- As pessoas com PHDA têm muito cuidado a quem contam a sua condição.	0,74	-	-
14- Algumas pessoas ficam mais distantes de alguém com PHDA quando descobrem o seu diagnóstico.	-	-	0,56
15- Depois de saberem que têm PHDA, as pessoas começam a preocupar-se com a discriminação por parte dos outros.	0,69	-	0,19*
16- A maioria das pessoas sente-se desconfortável perto de alguém com PHDA.	-	-	0,65
17- As pessoas com PHDA preocupam-se que os outros possam julgá-las quando descobrirem a sua condição.	0,74	-	-
18- As pessoas com PHDA arrependem-se de ter contado a algumas pessoas acerca da sua condição.	0,72	-	-
19- Por norma, as pessoas com PHDA sentem que contar aos outros sobre a sua condição foi um erro.	0,55	-	-
20- As pessoas não querem alguém com PHDA perto dos seus filhos, quando descobrem que a pessoa tem PHDA.	-	-	0,71
21- Algumas pessoas agem como se ter PHDA fosse culpa dessa pessoa.	-	-	0,56
22- As pessoas com PHDA perderam amigos por lhes terem contado que tinham essa perturbação.	-	-	0,52
23- As pessoas com PHDA disseram a pessoas próximas para manterem em segredo o seu diagnóstico.	0,73	-	-
24- Os aspetos positivos das pessoas com PHDA tendem a ser ignorados.	-	-	0,54
25- As pessoas parecem ter medo de alguém com PHDA assim que descobrem a sua condição.	-	-	0,66
26- Quando as pessoas descobrem que alguém tem PHDA, procuram falhas no seu carácter.	-	-	0,60

PE – Preocupações de exposição; AIN – Autoimagem negativa; PAP – Preocupações com atitudes públicas

\* Valores referentes ao fator original.

### 3.2.4. Consistência interna com alteração dos itens

Com os itens 2 e 15 a saturar o fator 1, em posição diferente da escala original (Tabela 6), voltou-se a realizar a análise da consistência interna, respeitando esta nova distribuição. Os novos valores de alfa de Cronbach podem ser verificados na Tabela 7, onde se vê que o valor da subescala PE aumentou ( $\alpha_{PE}=0,89$ ) e os valores das subescalas AIN e PAP se mantiveram, mesmo com um fator a menos ( $\alpha_{AIN}=0,78$ ;  $\alpha_{PAP}=0,89$ ).

Tabela 7 – Nova análise da confiabilidade do ASQ.

Itens do ASQ	Alfa de Cronbach	Correlação item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
<b>Subescala – PE (9 itens)</b>			
2- As atitudes das pessoas em relação à PHDA podem fazer com que, quem tem PHDA se sinta pior consigo mesmo.	0,89	0,55	0,88
3- Alguém que tem PHDA consideraria arriscado falar às outras pessoas acerca disso.		0,55	0,88
5- As pessoas com PHDA esforçam-se bastante para manter a sua condição em segredo.		0,60	0,88
13- As pessoas com PHDA têm muito cuidado a quem contam a sua condição.		0,70	0,87
15- Depois de saberem que têm PHDA, as pessoas começam a preocupar-se com a discriminação por parte dos outros.		0,69	0,87
17- As pessoas com PHDA preocupam-se que os outros possam julgá-las quando descobrirem a sua condição.		0,71	0,87
18- As pessoas com PHDA arrependem-se de ter contado a algumas pessoas acerca da sua condição.		0,68	0,87
19- Por norma, as pessoas com PHDA sentem que contar aos outros sobre a sua condição foi um erro.		0,61	0,88
23- As pessoas com PHDA disseram a pessoas próximas para manterem em segredo o seu diagnóstico.		0,69	0,87
<b>Subescala – AIN (5 itens)</b>			
1- As pessoas que têm PHDA sentem-se culpadas por isso.	0,78	0,49	0,77
6- As pessoas com PHDA sentem que não são tão boas como as outras por terem PHDA.		0,56	0,74
8- As pessoas com PHDA sentem-se destroçadas por causa da sua condição.		0,57	0,74
9- Depois de saber que tem PHDA, a pessoa pode sentir-se à parte e isolada do resto do mundo.		0,58	0,74
11- Uma pessoa com PHDA sente que é má por causa disso.		0,60	0,73
<b>Subescala – PAP (12 itens)</b>			
4- As pessoas com PHDA perdem os seus empregos quando os empregadores descobrem a sua condição.	0,89	0,55	0,88
7- As pessoas com PHDA são tratadas como marginais.		0,56	0,88
10- A maioria das pessoas pensa que alguém com PHDA está gravemente afetada.		0,64	0,88
12- A maioria das pessoas com PHDA é rejeitada quando os outros descobrem a sua condição.		0,70	0,87

14- Algumas pessoas ficam mais distantes de alguém com PHDA quando descobrem o seu diagnóstico.	0,63	0,88
16- A maioria das pessoas sente-se desconfortável perto de alguém com PHDA.	0,59	0,88
20- As pessoas não querem alguém com PHDA perto dos seus filhos, quando descobrem que a pessoa tem PHDA.	0,62	0,88
21- Algumas pessoas agem como se ter PHDA fosse culpa dessa pessoa.	0,59	0,88
22- As pessoas com PHDA perderam amigos por lhes terem contado que tinham essa perturbação.	0,56	0,88
24- Os aspetos positivos das pessoas com PHDA tendem a ser ignorados.	0,53	0,88
25- As pessoas parecem ter medo de alguém com PHDA assim que descobrem a sua condição.	0,59	0,88
26- Quando as pessoas descobrem que alguém tem PHDA, procuram falhas no seu carácter.	0,57	0,88

PE – Preocupações de exposição; AIN – Autoimagem negativa; PAP – Preocupações com atitudes públicas

#### 4. Discussão

Uma avaliação adequada da percepção de estigma associada à PHDA é extremamente importante para compreender de que forma ela se manifesta na população e, posteriormente, determinar a necessidade de intervenção, selecionar programas adequados e monitorizar a sua eficácia na comunidade<sup>40, 94</sup>. Assim, identificar pessoas que defendam e assumam comportamentos facilitadores à inclusão de pessoas com PHDA, bem como identificar as que assumem comportamentos que impõe barreiras sociais e colocam desafios à sua participação, requer uma avaliação especializada. Contudo, esta medição pode realmente ser um desafio para os profissionais, dado que o estigma acaba por abranger múltiplos fatores e pelo facto das visões e experiências vividas variarem de pessoa para pessoa<sup>20, 95, 96</sup>, pelo que a existência de instrumentos com propriedades psicométricas sólidas é muito importante<sup>40, 94</sup>. O ASQ não pretende julgar os inquiridos nem estabelecer rótulos sociais, mas sim fornecer ao profissional uma avaliação subjetiva da percepção de estigma em pessoas com e sem histórico de problemas relacionados com a PHDA a partir das experiências concretas e testemunhos na vida quotidiana, para facilitar as decisões de intervenção e sensibilização na comunidade<sup>69</sup>. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo a tradução e adaptação linguística e cultural do ASQ para a população portuguesa.

O alcance da equivalência cultural é essencial para o início do processo de validação de um instrumento construído para uma língua e cultura diferentes daquela para a qual está a ser validado<sup>97</sup>, sendo fundamental a avaliação da relevância das questões para o construto a ser medido e da sua abrangência<sup>98</sup>. Assim, este estudo seguiu um rigoroso método de tradução, para garantir que os termos do ASQ identificam diferentes fatores relacionados com o estigma de forma adequada à população portuguesa. Esta tradução foi garantida através da análise realizada pelo painel de peritos e da realização do estudo preliminar, tal como recomendado por Acquadro e colaboradores<sup>83</sup> e pelas normas de *Consensus-Based Standards for the Selection of Health Status Measurement Instruments (COSMIN)*<sup>98</sup>, podendo ser assumido que os diversos itens do ASQ mantinham a equivalência conceptual e linguística relativamente à sua redação na versão original, e assegurando que a tradução é adequada à população portuguesa e que os diversos itens medem o construto que o instrumento pretende medir<sup>83, 84, 98, 99</sup>.

Propôs-se, para a versão em português, a mesma estrutura fatorial da escala original, após forçar o modelo fatorial a três fatores. Esta análise fatorial exploratória forçada a três fatores explica uma variância de 51,33%, valor semelhante ao encontrado no artigo original, que

foi de 48,10%<sup>69</sup>. Nesta divisão, todos os itens saturam no domínio esperado, à exceção do item 2 que satura no fator 1 – Preocupações de Exposição (quando deveria estar no fator 2 – Autoimagem Negativa) e do item 15 que satura, igualmente, no fator 1 (quando deveria estar no fator 3 – Preocupação com Atitudes Públicas). Isto significa que, para a versão portuguesa, ambos os itens são entendidos como uma preocupação ou receio, por parte da pessoa com PHDA, de que a sua condição de saúde seja publicamente revelada, saturando dessa forma o fator 1. O item 2 – As atitudes das pessoas em relação à PHDA podem fazer com que, quem tem PHDA, se sinta pior consigo mesmo – aparece, então, na versão portuguesa, como uma pior avaliação que a pessoa com PHDA faz de si mesma, não tanto como resultado de uma autoimagem negativa, como acontecia para a versão original, mas como um reflexo daquela que é a opinião dos outros relativamente a quem tem PHDA e, portanto, aparece aqui mais relacionado com as questões de revelação do diagnóstico à população em geral. A revelação do diagnóstico de PHDA pode gerar desvalorização e preocupação com a identidade<sup>100,101</sup>. Se, por um lado, a experiência de desvalorização pode surgir da comparação de si mesmo com os outros, por outro, também pode ser resultado de estigmatização, no sentido de possuir uma característica que faz com que a pessoa se diferencie da norma em determinado contexto, resultando em desvalorização de si mesmo<sup>100</sup>. A carga negativa que a sociedade coloca na pessoa com diagnóstico de PHDA pode exacerbar a sua autoestigmatização, aceitando e internalizando os preconceitos e a discriminação que sente por parte daquelas que a rodeiam<sup>102-104</sup>. Esta desvalorização pode fomentar reações emocionais negativas, como sentir-se “diferente”, “estúpido” ou “menos capaz” enquanto que o ter diagnóstico de PHDA pode ser associado a “vergonha”, “baixo estatuto”, ser “julgado” e “desrespeitado”<sup>100,104</sup>. Esta exposição pode instigar um sentimento de exclusão, como se não pertencesse ao “mundo saudável”, fazendo com que a pessoa com PHDA se questione quanto à sua individualidade e identidade e deixe de considerar ajuda profissional por esta situação ser tão estigmatizante<sup>100,101,104-108</sup>. Assim, muitas vezes, os indivíduos optam pela não revelação do seu diagnóstico a outras pessoas para evitarem o medo de serem excluídas e inferiorizadas<sup>100,101</sup>. O item 15 – Depois de saberem que têm PHDA, as pessoas começam a preocupar-se com a discriminação por parte dos outros – sugere estar, igualmente nesta versão portuguesa, mais relacionado com as questões da revelação pública do diagnóstico do que com a subescala original das preocupações com atitudes públicas, que remetem para a consciência de estereótipos negativos mantidos pela população em geral sobre as pessoas com PHDA. Alguns dos adultos com PHDA podem ser bastante funcionais e não

apresentar um padrão típico de comprometimento funcional na sua vida diária, podem desenvolver capacidades adaptativas ou compensatórias para colmatar e ultrapassar os problemas comportamentais evidentes associados à PHDA e, até mesmo, ter um emprego adequado ao seu perfil de funcionalidade<sup>109</sup>. Contudo, o estigma é frequentemente alimentado por concepções erróneas e pode levar a um comportamento discriminatório<sup>110</sup>. Na literatura, o principal efeito negativo descrito de ser diagnosticado com PHDA foram as experiências de estigmatização<sup>63, 111, 112</sup>. A revelação do diagnóstico de PHDA pode ser percebida como restritiva de possibilidades, na medida em que a pessoa com PHDA mantém uma preocupação de que a sociedade possa julgá-los de forma diferente e mais negativa, resultando no distanciamento social, dificuldades para iniciar um relacionamento ou para se obter um determinado emprego ou uma determinada educação<sup>100</sup>. Como consequência disso, as pessoas com PHDA têm, muitas vezes, reticências e refletem se devem ou não revelar a outras pessoas sobre o seu diagnóstico<sup>100</sup>. Os resultados obtidos nesta análise fatorial que sugerem a atribuição destes dois itens à subescala Preocupações de Exposição parecem, assim, refletir uma realidade cultural e social ajustada à realidade portuguesa e que, simultaneamente, não adultera o propósito inicial do instrumento ASQ. Portanto, optou-se por esta distribuição dos itens naquela que foi considerada a versão final da versão portuguesa do ASQ.

De forma geral, os dados mostraram que a consistência interna da versão em português é igual à obtida na versão original ( $\alpha = 0,93$ )<sup>69</sup>, sugerindo que os itens que compõem a escala têm, na versão em português, uma associação entre si suficientemente sólida, quer para a totalidade do instrumento quer para cada uma das subescalas que o compõem<sup>91, 113</sup>. O facto da exclusão de qualquer item não fazer subir o valor do alfa de Cronbach indica que todos eles são necessários na sua contribuição para a consistência da escala e refletem o construto que o instrumento se propõe medir<sup>93, 114</sup>.

Relativamente à fiabilidade teste-reteste, o valor obtido na correlação entre o valor da pontuação total nos dois momentos é alto, o que significa que não foram encontradas diferenças significativas no padrão de respostas dadas pelos participantes numa primeira e segunda aplicação, duas semanas mais tarde, mostrando que, à partida, o instrumento está livre de cometer erro com a passagem do tempo<sup>84, 99</sup>.

Este estudo suporta a presença das três subescalas de estigma, ou seja, PE, AIN e PAP, tal como a versão original do instrumento. Estas três subescalas são, assim, construtos pertinentes para o estigma associado à PHDA, uma vez que permitem pesquisas mais

específicas das componentes do estigma. Segundo Rüsç e colaboradores<sup>115</sup>, as pessoas diagnosticadas com uma perturbação mental podem começar a compartilhar o estereótipo negativo que acompanha a perturbação, levando a um aumento emocional da autoimagem negativa, ou seja, autoestigma.

Ao longo da construção do presente estudo, detetaram-se limitações, das quais se destaca o processo de seleção da amostra, na medida em que, sendo uma amostra não probabilística por conveniência, não é representativa da população portuguesa. Os dados psicométricos do ASQ foram examinados com uma amostra de tamanho adequado de pessoas com baixa e elevada perceção de estigma associada à PHDA e que não apresenta um excesso de pessoas com PHDA, dado que segue uma distribuição normal equivalente à população, logo, é representativa da população normal. Contudo, a amostra relativa à população adulta com elevada probabilidade de PHDA surge com uma percentagem elevada (15,8%), o que não corresponde à percentagem de PHDA em adultos na população normal<sup>3</sup>. Por um lado, dado que a amostra é constituída por participantes voluntários, poderá ter havido um interesse especial por parte destes participantes em responder a este estudo, consoante o interesse do tema de investigação; a autoperceção do participante, visto que a obrigação sentida de retribuir e cumprir as expectativas da sociedade ao preencher e devolver o questionário pode ter origem na receção do pedido de participação; o compromisso e envolvimento do participante na resposta à solicitação de preenchimento do questionário; a dissonância cognitiva, ou seja, estado de ansiedade e desarmonia interna do participante, cujo principal motivo para colaborar é evitar, ou reduzir, sentimentos desagradáveis associados à não resposta; e a recompensa de intercâmbio social, em que o participante responde a um questionário em troca de recompensas, custos e confiança<sup>116</sup>. Algumas destas motivações podem atrair opiniões de populações indesejadas, pois os participantes interessados apenas na recompensa podem responder ao questionário rapidamente, sem fornecer respostas ponderadas<sup>116</sup>. Por outro, é importante salientar que o ASRS é apenas um instrumento de rastreio, o que significa que as pontuações do instrumento têm de ser integradas numa avaliação clínica global e detalhada para estabelecer um diagnóstico clínico<sup>5, 109, 117, 118</sup>. Esta avaliação é feita através das informações recolhidas de várias fontes, incluindo: exame clínico; entrevistas clínicas com as pessoas com PHDA e com os pais/professores, no caso de crianças e adolescentes, e com os parceiros e colegas, no caso de adultos com PHDA; e uso de ferramentas de avaliação e escalas de classificação<sup>109, 117, 118</sup>. O uso exclusivo do instrumento pode originar falsos positivos e é abusivo assumir que uma amostra tem

diagnóstico de PHDA apenas com base num questionário. É importante obter a confirmação por parte de um profissional de saúde devidamente qualificado e com experiência no diagnóstico de PHDA. A não realização da validade de critério apresenta-se como outra limitação neste estudo. Este tipo de validade permite estabelecer um grau de concordância entre duas medidas, onde é utilizado um instrumento *gold standard* que avalie os mesmos construtos que o ASQ<sup>90, 91, 119, 120</sup>. Contudo, até onde os autores têm conhecimento, não existem instrumentos validados para a população portuguesa que avaliem o estigma nesta população. No entanto, é de salientar que também os autores do estudo original optaram por não testar a validade de critério, provavelmente pela ausência de uma medida *gold standard* com a qual comparar os resultados do ASQ.

É importante salientar que a recolha de dados via *online* providencia dados tão válidos como as recolhas realizadas em métodos tradicionais. Não só tem o potencial de reduzir a perda de dados, mas também de aumentar a privacidade dos participantes aquando o preenchimento do instrumento, ambas características importantes em estudos que pretendem validar instrumentos<sup>121, 122</sup>.

Em estudos futuros seria pertinente realizar a validade de critério utilizando um instrumento que possa ser considerado um *gold standard* que avalie os mesmos construtos que o ASQ. Seria igualmente importante a realização de estudos com amostragens representativas que permitam uma maior compreensão do processo de estigmatização. A continuação do estudo e da validação de instrumentos de mensuração torna-se também fulcral para a construção de medidas que diminuam atitudes estigmatizantes.

## **5. Conclusão**

A versão portuguesa do ASQ é um instrumento válido e confiável para avaliação dos níveis de percepção de estigma da população perante a PHDA. De forma geral, os resultados indicam valores próximos aos obtidos pelos autores do instrumento original, permitindo observar o impacto das dimensões “preocupação de exposição”, “autoimagem negativa” e “preocupação com atitudes públicas” no processo de estigmatização. Os resultados obtidos levam à consideração da atribuição dos itens a uma nova subescala na versão final do ASQ, de forma a aumentar a validade de construto.

## Referências Bibliográficas

1. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2015;56(3):345-65.
2. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):434-42.
3. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2017;9(1):47-65.
4. Oliveira L, Pereira M, Medeiros M, Serrano A. PHDA: O que Há de Novo no DSM-5. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 2016;2(1):75-94.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub; 2013.
6. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews Disease primers*. 2015;1:15020.
7. Abikoff H, Gallagher R, Wells KC, Murray DW, Huang L, Lu F, et al. Remediating organizational functioning in children with ADHD: immediate and long-term effects from a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(1):113-28.
8. Holst Y, Thorell LB. Neuropsychological Functioning in Adults With ADHD and Adults With Other Psychiatric Disorders. *Journal of attention disorders*. 2017;21(2):137-48.
9. Mostert JC, Onnink AMH, Klein M, Dammers J, Harneit A, Schulten T, et al. Cognitive heterogeneity in adult attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic analysis of neuropsychological measurements. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2015;25(11):2062-74.
10. Theiling J, Petermann F. Neuropsychological Profiles on the WAIS-IV of Adults With ADHD. *Journal of attention disorders*. 2016;20(11):913-24.
11. Skodzik T, Holling H, Pedersen A. Long-Term Memory Performance in Adult ADHD. *Journal of attention disorders*. 2017;21(4):267-83.
12. Seo JY, Lee CS, Park CS, Kim BJ, Cha BS, Lee SJ, et al. Mediating Effect of Depressive Symptoms on the Relationship between Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Quality of Life. *Psychiatry investigation*. 2014;11(2):131-6.
13. Caci H, Doepfner M, Asherson P, Donfrancesco R, Faraone SV, Hervas A, et al. Daily life impairments associated with self-reported childhood/adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder and experiences of diagnosis and treatment: results from the European Lifetime Impairment Survey. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2014;29(5):316-23.
14. Brod M, Pohlman B, Lasser R, Hodgkins P. Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:47.
15. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *European journal of pediatrics*. 2012;171(2):271-80.
16. Pitts M, Mangle L, Asherson P. Impairments, diagnosis and treatments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in UK adults: results from the lifetime impairment survey. *Archives of psychiatric nursing*. 2015;29(1):56-63.

17. Baptista MdGF. Perturbação de hiperactividade e défice de atenção em contexto escolar: estudo exploratório das percepções dos professores sobre o impacto comportamental de crianças com PHDA em escolas do 1º ciclo 2010.
18. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull.* 2004;30(3):481-91.
19. Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999;34(4):202-10.
20. Mueller AK, Fuermaier ABM, Koerts J, Tucha L. Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2012;4(3):101-14.
21. Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. [50th Anniversary of Psychiatric Attitude Research in Germany]. *Psychiatrische Praxis.* 2017;44(7):377-92.
22. Angermeyer MC, Schomerus G. State of the art of population-based attitude research on mental health: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017;26(3):252-64.
23. Geffen J, Forster K. Treatment of adult ADHD: a clinical perspective. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology.* 2018;8(1):25-32.
24. Mikolon S, Kreiner GE, Wieseke J. Seeing you seeing me: Stereotypes and the stigma magnification effect. *Journal of Applied Psychology.* 2016;101(5):639.
25. Pinto-Foltz MD, Cynthia Logsdon M. Conceptual model of research to reduce stigma related to mental disorders in adolescents. *Issues in mental health nursing.* 2009;30(12):788-95.
26. Corrigan PW. Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2000;7(1):48-67.
27. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsç N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services.* 2012;63(10):963-73.
28. Forbes CE, Schmader T. Retraining attitudes and stereotypes to affect motivation and cognitive capacity under stereotype threat. *Journal of personality and social psychology.* 2010;99(5):740-54.
29. Loe IM, Feldman HM. Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Ambulatory pediatrics : the official journal of the Ambulatory Pediatric Association.* 2007;7(1 Suppl):82-90.
30. Fredriksen M, Dahl AA, Martinsen EW, Klungsoyr O, Faraone SV, Peleikis DE. Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2014;6(2):87-99.
31. Halmøy A, Fasmer OB, Gillberg C, Haavik J. Occupational outcome in adult ADHD: impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: a cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. *Journal of attention disorders.* 2009;13(2):175-87.
32. Shifrin JG, Proctor BE, Prevatt FF. Work performance differences between college students with and without ADHD. *Journal of attention disorders.* 2010;13(5):489-96.
33. Uchida M, Spencer TJ, Faraone SV, Biederman J. Adult Outcome of ADHD: An Overview of Results From the MGH Longitudinal Family Studies of Pediatrically and Psychiatrically Referred Youth With and Without ADHD of Both Sexes. *Journal of attention disorders.* 2018;22(6):523-34.
34. Rucklidge JJ, Downs-Woolley M, Taylor M, Brown JA, Harrow S-E. Psychiatric Comorbidities in a New Zealand Sample of Adults With ADHD. *Journal of attention disorders.* 2016;20(12):1030-8.

35. Caci H, Asherson P, Donfrancesco R, Faraone SV, Hervas A, Fitzgerald M, et al. Daily life impairments associated with childhood/adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder as recalled by adults: results from the European Lifetime Impairment Survey. *CNS Spectr.* 2015;20(2):112–21.
36. O'Callaghan P, Sharma D. Severity of symptoms and quality of life in medical students with ADHD. *Journal of attention disorders.* 2014;18(8):654–8.
37. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *American psychologist.* 2004;59(7):614.
38. Loureiro L, Pedreiro A, Correia S, Mendes AM. Reconhecimento da Depressão e Crenças sobre Procura de Ajuda em Jovens Portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.* 2012;n.7:13–7.
39. Medina MEMA. Abrir espaço à saúde mental–estudo piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental, junto de alunos do 9º ano de escolaridade 2013.
40. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical psychology review.* 2010;30(8):907–22.
41. Zartaloudi A, Madianos M. Stigma related to help-seeking from a mental health professional. *Health Science Journal.* 2010;4(2):77.
42. Sukel K. Mental Illness, Violence, and Stigma: The Need for Accuracy in the Media. Pridobljeno s spletne strani: <http://www.brainfacts.org/diseases-and-disorders/mentalhealth/2016/mental-illness-violence-and-stigma-the-need-for-accuracy-in-the-media-091516>. 2016.
43. Ndetei DM, Mutiso V, Maraj A, Anderson KK, Musyimi C, McKenzie K. Stigmatizing attitudes toward mental illness among primary school children in Kenya. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services.* 2016;51(1):73–80.
44. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:80.
45. Mellor C. School-based interventions targeting stigma of mental illness: systematic review. *The Psychiatric Bulletin.* 2014;38(4):164–71.
46. O'Connor CA, Dyson J, Cowdell F, Watson R. Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional wellbeing of young people? A literature review. *Journal of Clinical Nursing.* 2018;27(3–4):e412–e26.
47. Evans-Lacko S, Brohan E, Mojtabai R, Thornicroft G. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological medicine.* 2012;42(8):1741–52.
48. Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science.* 2017;210(4):261–8.
49. Burch RJ. Attention Deficit/Hyperactivity disorder: A disorder of self-awareness. 2004.
50. Koro-Ljungberg M, Bussing R. The Management of Courtesy Stigma in the Lives of Families With Teenagers With ADHD. *Journal of Family Issues.* 2009;30(9):1175–200.
51. Batstra L, Te Meerman S, Conners K, Frances A. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults. *The lancet Psychiatry.* 2017;4(6):439.
52. Bisset M, Winter L, Middeldorp CM, Coghill D, Zendarski N, Bellgrove MA, et al. Recent Attitudes toward ADHD in the Broader Community: A Systematic Review. *Journal of attention disorders.* 2021:10870547211003671.

53. Slopen NB, Watson AC, Gracia G, Corrigan PW. Age analysis of newspaper coverage of mental illness. *Journal of health communication*. 2007;12(1):3-15.
54. Pescosolido BA, Fettes DL, Martin JK, Monahan J, McLeod JD. Perceived dangerousness of children with mental health problems and support for coerced treatment. *Psychiatric Services*. 2007;58(5):619-25.
55. Walker JS, Coleman D, Lee J, Squire PN, Friesen BJ. Children's stigmatization of childhood depression and ADHD: magnitude and demographic variation in a national sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008;47(8):912-20.
56. Davis-Berman J, Pestello FG. Medicating for ADD/ADHD: Personal and Social Issues. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2010;8:482-92.
57. DosReis S, Barksdale CL, Sherman A, Maloney K, Charach A. Stigmatizing experiences of parents of children with a new diagnosis of ADHD. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2010;61(8):811-6.
58. Romanos M, Reif A, Banaschewski T. Methylphenidate for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Jama*. 2016;316(9):994-5.
59. Sandberg AE. Does knowledge of school-based medication treatment exacerbate peer problems of children with ADHD?: Illinois State University; 2008.
60. Law GU, Sinclair S, Fraser N. Children's attitudes and behavioural intentions towards a peer with symptoms of ADHD: does the addition of a diagnostic label make a difference? *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*. 2007;11(2):98-111.
61. Moncrieff J, Timimi S. Is ADHD a valid diagnosis in adults? No. *Bmj*. 2010;340:c547.
62. Burwash S, Norell D. Tackling Stigma: Learning From Lived Experience to Be Part of the Solution. *American Journal of Occupational Therapy*. 2017;71(4\_Supplement\_1).
63. Young S, Bramham J, Gray K, Rose E. The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: a qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis. *Journal of attention disorders*. 2008;11(4):493-503.
64. Soares ATM. Literacia em Saúde Mental sobre a PHDA: conceções e práticas dos enfermeiros, dos pais e dos educadores. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2018.
65. Santos PARd. Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: estudo comparativo das perceções e impacto em professores do ensino básico. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2012.
66. Reininho RMM. O jogo como estratégia de modelação de comportamentos em aluno com PHDA. Lisboa: Escola Superior de Educação Almeida Garrett; 2013.
67. Khadka J, Gothwal VK, McAlinden C, Lamoureux EL, Pesudovs K. The importance of rating scales in measuring patient-reported outcomes. *Health and quality of life outcomes*. 2012;10:80-.
68. Pesudovs K. Item banking: a generational change in patient-reported outcome measurement. *Optometry and vision science : official publication of the American Academy of Optometry*. 2010;87(4):285-93.
69. Kellison I, Bussing R, Bell L, Garvan C. Assessment of stigma associated with attention-deficit hyperactivity disorder: psychometric evaluation of the ADHD stigma questionnaire. *Psychiatry Res*. 2010;178(2):363-9.
70. Oliveira A. Bioestatística, epidemiologia e investigação: teoria e aplicações. Lisboa: Lidel. 2009:107-31.
71. Elfil M, Negida A. Sampling methods in Clinical Research; an Educational Review. *Emerg (Tehran)*. 2017;5(1):e52-e.

72. Berger BE, Ferrans CE, Lashley FR. Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Res Nurs Health*. 2001;24(6):518-29.
73. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005;35(2):245-56.
74. Adler L, Kessler R, Spencer T. Adult self report scale (ASRS-V1.1) screener. World Health Organization, New York. 2003.
75. Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International journal of methods in psychiatric research*. 2007;16(2):52-65.
76. Ustun B, Adler LA, Rudin C, Faraone SV, Spencer TJ, Berglund P, et al. The World Health Organization Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Screening Scale for DSM-5. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(5):520-7.
77. McMillan M, Antunes R, Medeiros P, Silva FG. Adaptação Cultural do Questionário MTA-SNAP-IV para o Português Europeu: Cultural Adaptation of the MTA-SNAP-IV for European Portuguese. *Gazeta Médica*. 2018;5(3).
78. Swanson JM. School-based assessments and interventions for ADD students: KC publishing; 1992.
79. Swanson J, Lerner M, March J, Gresham FM. Assessment and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder in the schools. Lessons from the MTA study. *Pediatric clinics of North America*. 1999;46(5):993-1009.
80. Bussing R, Fernandez M, Harwood M, Wei H, Garvan CW, Eyberg SM, et al. Parent and teacher SNAP-IV ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: psychometric properties and normative ratings from a school district sample. *Assessment*. 2008;15(3):317-28.
81. World Medical Association. Proposed revision of the Declaration of Helsinki. *Bulletin of medical ethics*. 1999:18-22.
82. Braga R. Ética na publicação de trabalhos científicos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2013;29(6):354-6.
83. Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2008;11(3):509-21.
84. Mokkink LB, Prinsen CAC, Bouter LM, Vet HCWd, Terwee CB. The Consensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Braz J Phys Ther*. 2016;20(2):105-13.
85. Heale R, Twycross A. Validity and reliability in quantitative studies. *Evidence-based nursing*. 2015;18(3):66-7.
86. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91.
87. Sperber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*. 2004;126(1 Suppl 1):S124-8.
88. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2011;17(2):268-74.
89. Field A. *Discovering statistics using SPSS*: Sage publications; 2009.
90. Marôco J. *Análise Estatística com o SPSS Statistics*: 7ª edição: ReportNumber, Lda; 2018.

91. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 2008.
92. Wright D, Herrington J. Problematic standard errors and confidence intervals for skewness and kurtosis. *Behavior research methods*. 2011;43:8-17.
93. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. 2011;2:53-5.
94. Fox AB, Earnshaw VA, Taverna EC, Vogt D. Conceptualizing and Measuring Mental Illness Stigma: The Mental Illness Stigma Framework and Critical Review of Measures. *Stigma Health*. 2018;3(4):348-76.
95. Ungar T, Knaak S, S. P. Combating Stigma: An Effective CME Program for Physician Audiences. R K Reznick Wilson Centre Research Day; University of Toronto. Toronto, Ontario 2015.
96. Verhaeghe M, Bracke P. Associative stigma among mental health professionals: implications for professional and service user well-being. *J Health Soc Behav*. 2012;53(1):17-32.
97. Coster W, Mancini M. Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2015;26.
98. Mokkink LB, Terwee CB, Knol DL, Stratford PW, Alonso J, Patrick DL, et al. The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: A clarification of its content. *BMC Medical Research Methodology*. 2010;10(1):22.
99. Onwuegbuzie AJ, Bustamante RM, Nelson JA. Mixed Research as a Tool for Developing Quantitative Instruments. *Journal of Mixed Methods Research*. 2010;4(1):56-78.
100. Hansson Halleröd SL, Anckarsäter H, Råstam M, Hansson Scherman M. Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult – a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):31.
101. Hamed AM, Kauer AJ, Stevens HE. Why the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Matters. *Frontiers in psychiatry*. 2015;6:168-.
102. Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2005;20(8):529-39.
103. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia bulletin*. 2007;33(6):1312-8.
104. Angermeyer MC, van der Auwera S, Carta MG, Schomerus G. Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry*. 2017;16(1):50-61.
105. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American journal of public health*. 2013;103(5):777-80.
106. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*. 2014;15(2):37-70.
107. Rusch N, Zlati A, Black G, Thornicroft G. Does the stigma of mental illness contribute to suicidality? *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2014;205(4):257-9.
108. Webber M, Corker E, Hamilton S, Weeks C, Pinfold V, Rose D, et al. Discrimination against people with severe mental illness and their access to social capital: findings from the Viewpoint survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2014;23(2):155-65.
109. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2019;56:14-34.

110. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British journal of psychiatry*. 2000;177(1):4-7.
111. Toner M, O'Donoghue T, Houghton S. Living in Chaos and Striving for Control: How adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder deal with their disorder. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2006;53(2):247-61.
112. Singh I, Kendall T, Taylor C, Mears A, Hollis C, Batty M, et al. Young People's Experience of ADHD and Stimulant Medication: A Qualitative Study for the NICE Guideline. *Child and Adolescent Mental Health*. 2010;15(4):186-92.
113. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de psicologia*. 2006;4(1):65-90.
114. Taber KS. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*. 2018;48(6):1273-96.
115. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2005;20(8):529-39.
116. Albaum G, Smith S. Why People Agree to Participate in Surveys. 2012. p. 179-93.
117. NICE guideline. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management 2018 Agosto de 2021. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>.
118. Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Canadian ADHD Practice Guidelines 2020.
119. Fink A. Survey Research Methods. In: Peterson P, Baker E, McGaw B, editors. *International Encyclopedia of Education (Third Edition)*. Oxford: Elsevier; 2010. p. 152-60.
120. DePoy E, Gitlin LN. Chapter 17 - Collecting Data Through Measurement in Experimental-Type Research. In: DePoy E, Gitlin LN, editors. *Introduction to Research (Fifth Edition)*. St. Louis: Mosby; 2016. p. 227-47.
121. Dias JCR, Maroco J, Campos JADB. Weight concerns scale applied to college students: comparison between pencil-and-paper and online formats. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2015;18(3):188-92.
122. Weigold A, Weigold IK, Russell EJ. Examination of the equivalence of self-report survey-based paper-and-pencil and internet data collection methods. *Psychol Methods*. 2013;18(1):53-70.