KAROLINA ALVES DE ALBUQUERQUE

INTERAÇÃO DAS CRENÇAS E PRÁTICAS PARENTAIS NA RELAÇÃO ENTRE DESEMPENHO FUNCIONAL E PARTICIPAÇÃO EM TAREFAS DOMÉSTICAS: CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL E COM DESENVOLVIMENTO NORMAL

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
2013

KAROLINA ALVES DE ALBUQUERQUE

INTERAÇÃO DAS CRENÇAS E PRÁTICAS PARENTAIS NA RELAÇÃO ENTRE DESEMPENHO FUNCIONAL E PARTICIPAÇÃO EM TAREFAS DOMÉSTICAS: CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL E COM DESENVOLVIMENTO NORMAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.
Área de concentração: Desempenho Funcional Humano
Linha de pesquisa: Avaliação do Desenvolvimento e Desempenho Infantil
Orientadora: Profª Dra. Marisa Cotta Mancini

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
2013

A345i Albuquerque, Karolina Alves de
2013 Interação das crenças e práticas parentais na relação entre desempenho funcional e participação em tarefas domésticas: crianças com paralisia cerebral e com desenvolvimento normal. [manuscrito] / Karolina Alves de Albuquerque. – 2013.
88 f., enc.:il.

Orientadora: Marisa Cotta Mancini

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
Bibliografia: f. 32-37

1. Paralisia cerebral nas crianças - Teses. 2. Participação- Teses. 3. Pais – Teses. I. Mancini, Marisa Cotta. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III.Título.

CDU: 154.943-053.2

Ficha catalográfica elaborada pela equipe de bibliotecários da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

UFMG

EEFFTO
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL
SITE: www.eeffto.ufmg.br/mreabE-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br FONE/FAX: (31) 3409-4781

ATA DE NÚMERO 185 (CENTO E OITENTA E CINCO) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DE DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA **KAROLINA ALVES DE ALBUQUERQUE** DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO.-

Aos 11 (onze) dias do mês de janeiro do ano de dois mil e treze, realizou-se na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação **"INTERAÇÃO DAS CRENÇAS E PRÁTICAS PARENTAIS NA RELAÇÃO ENTRE DESEMPENHO FUNCIONAL E PARTICIPAÇÃO EM TAREFAS DOMÉSTICAS: CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL E COM DESENVOLVIMENTO NORMAL".** A banca examinadora foi constituída pelas seguintes Professoras Doutoras: Marisa Cotta Mancini, Lívia de Castro Magalhães e Luciana Assis Costa, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 09 horas com apresentação oral da candidata, seguida de arguição dos membros da Comissão Examinadora. **Após avaliação, os examinadores consideraram a candidata aprovada e apta a receber o título de Mestre, após a entrega da versão definitiva da dissertação.** Nada mais havendo a tratar, eu, Eni da Conceição Rocha, secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação dos Departamentos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 11 de janeiro de 2013. -.-

Professora Dra. Marisa Cotta Mancini Marisa Cotta Mancini

Professora Dra. Lívia de Castro Magalhães ____________

Professora Dra. Luciana Assis Costa ____________

Eni da Conceição Rocha 010400893 Eni C. Rocha

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação

UFMG

EEFFTO
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL
SITE: www.eeffto.ufmg.br/mreab E-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br
FONE/FAX: (31) 3409-4781

PARECER

Considerando que a dissertação de mestrado de **KAROLINA ALVES DE ALBUQUERQUE** intitulada **"INTERAÇÃO DAS CRENÇAS E PRÁTICAS PARENTAIS NA RELAÇÃO ENTRE DESEMPENHO FUNCIONAL E PARTICIPAÇÃO EM TAREFAS DOMÉSTICAS: CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL E COM DESENVOLVIMENTO NORMAL"** defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, nível mestrado, cumpriu sua função didática, atendendo a todos os critérios científicos, a Comissão Examinadora **APROVOU** a defesa de dissertação, conferindo-lhe as seguintes indicações:

Nome dos Professores/Banca	Aprovação	Assinatura
Marisa Cotta Mancini		Marisa Cotta Mancini
Lívia de Castro Magalhães		
Luciana Assis Costa		

Belo Horizonte, 11 de janeiro de 2013.

Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação/EEFFTO/UFMG

“Aprendi que vai demorar muito para me transformar na pessoa que quero ser, e devo ter paciência. Mas, aprendi também, que posso ir além dos limites que eu próprio coloquei”.
(Charles Chaplin)

PREFÁCIO

De acordo com as normas estabelecidas pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da UFMG, esta dissertação é composta por três partes. A primeira parte contém introdução com revisão bibliográfica incluindo a problematização do tema, justificativa, e uma descrição detalhada do método utilizado no desenvolvimento do estudo. A segunda parte é composta por um artigo científico formatado conforme normas preconizadas pelo periódico para o qual este trabalho será posteriormente enviado para publicação (*Developmental Medicine and Child Neurology* – ISSN: 1469-8749); este artigo apresenta as sessões de resultados e discussão do estudo. Por fim, na terceira parte são apresentadas as considerações finais do trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me dar forças para continuar seguindo em frente e à minha madrinha, Nossa Senhora Aparecida pela sua inquestionável intercessão nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, Sérgio e Shirley, por acreditarem sempre que eu posso mais e me apoiarem a cada decisão: vocês são a base de cada conquista obtida!

Aos meus irmãos, Vinícius e Augusto, simplesmente por existirem e serem a inspiração da minha vida.

Ao meu amado companheiro Paulo Henrique, por estar ao meu lado em todos os momentos, por entender meus tropeços, meus momentos difíceis e me ajudar a levantar.

Agradeço imensamente minha querida orientadora, Profa. Marisa Mancini, por confiar no meu trabalho e ser exemplo de profissionalismo, ética, disposição e humanidade nestes seis anos que já trabalhamos juntas.

À Equipe da Professora Marisa pelas valiosas ideias e discussões.

Agradeço aos colegas do Programa de Pós-graduação, com destaque à Adriana Drummond, Amanda Oliveira, Cecília Xavier, Júlia Castilho, Kênnea Almeida, Maíra Amaral, Marina Brandão, Priscila Rezende e Rafaela França. Vocês tornaram essa caminhada muito mais leve.

Às bolsistas, principalmente à Rafaelle Monteiro, por sua amizade e grande apoio nas coletas.

Aos meus colegas de trabalho, professores e funcionários do Departamento de Terapia Ocupacional da UFMG pela paciência, compreensão e apoio sempre.

Aos funcionários da EEFFTO, em especial à Marilane, Magaly, Rose e Antônio Sérgio, pelo profissionalismo, dedicação e receptividade com que me atenderam ao longo dessa caminhada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

Às professoras Luciana Assis Costa, Lívia de Castro Magalhães, Christiane Drummond de Brito e Paula Lanna Silva, por aceitarem o convite para compor minha banca e colaborarem com esse trabalho.

Às professoras Márcia Bastos e Rosana Sampaio por terem contribuído na qualificação do projeto.

Às crianças do estudo e suas famílias, meu agradecimento especial pela participação e por nos contarem um pouco de suas vidas.

A todos os que me auxiliaram a recrutar os participantes, colegas, alunos, às Instituições e Clínicas, e principalmente aos voluntários e às voluntárias da pesquisa, meu sincero obrigada!

Gostaria ainda de agradecer às minhas avós e à Dinha Lote, pelo imenso carinho e valiosas orações.

Aos meus tios e tias, principalmente à tia Isabel e tia Sheila, por respeitarem meu espaço e ao mesmo tempo, estarem tão disponíveis.

Aos meus primos e primas, amigos e amigas, por entenderem minha ausência e partilharem sempre da minha alegria.

Ao Miguel e à Isabela, por ficarem “quietos e não incomodarem a titia estudando”...

RESUMO

O processo de desenvolvimento promove aprimoramento do repertório de habilidades funcionais da criança e, gradativamente, o ganho de independência na rotina diária. Tais desfechos têm ritmo e forma influenciados pelas crenças e práticas dos cuidadores; esta influência pode manifestar-se de maneira distinta em famílias de crianças normais e famílias de crianças com deficiência. O objetivo deste estudo foi avaliar a interação das crenças e práticas parentais na relação entre desempenho funcional e participação em tarefas domésticas, em crianças com paralisia cerebral (PC) e com desenvolvimento normal (DN). Trata-se de um estudo transversal, com amostra de 80 crianças de seis e sete anos de idade distribuídas em dois grupos, sendo 40 crianças com PC e 40 com DN. Entrevistas com o cuidador principal foram realizadas para administração de três testes, a saber, crenças e práticas de cuidado (E-CPPC), desempenho funcional da criança em autocuidado (Partes I e II em autocuidado PEDI), e participação da criança em tarefas domésticas (CHORES). Modelos de regressão linear revelaram que práticas de estimulação (R^2= 0,18; *p*=0,03), bem como crenças sobre tarefas domésticas (R^2= 0,30; *p*=0,01; R^2= 0,35; *p*=0,04) interferem na relação entre independência em autocuidado e participação em tarefas de cuidado familiar, em crianças com DN, mas não nas crianças com PC. Tais resultados reforçam a interação das crenças e práticas parentais com outros fatores da criança e do ambiente estruturando a rotina das mesmas, e sugerem que a dinâmica das relações familiares podem ser distintas em crianças com DN e com PC.

Palavras-chave: crenças parentais; práticas parentais; participação; contexto domiciliar; paralisia cerebral.

ABSTRACT

The development process promotes improvement of the child´s functional skills repertoire and, gradually, the gain of independence in daily routine. These outcomes have rhythm and form influenced by the caregivers´ beliefs and practices; this influence can be demonstrated in a distinct manner in families with normal children and families with impaired children. The objective of this study was to evaluate the interaction of parental beliefs and practices in the relation between functional performance and participation in household tasks, in children with cerebral palsy (CP) and children with normal development (ND). Cross sectional study, with a sample of 80 children, aged six and seven years old, distributed into two groups, being 40 children with CP and 40 with ND. Interviews with the main caregiver were carried out for the administration of three tests, which are: beliefs and practices of care (E-CPPC), the child´s functional performance in self care (Parts I and II in self care PEDI) and the child´s participation in household tasks (CHORES). Linear regression models revealed that stimulation practices (R^2= 0,18; p=0,03), as well as, beliefs about household tasks (R^2= 0,30; p=0,01; R^2= 0,35; p=0,04) interfere in the relation between self care independence and participation in family chores in children with ND, but not in children with cerebral palsy. These results reinforce the interaction of the caregivers´ beliefs and practices with others child and environment factors by structuring their routines and suggest that family' dynamics may be different in children with CP and ND.

Keywords: *parental beliefs; parental practices; participation; home context; cerebral palsy.*

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO..... 09
1.1 - Utilização de Modelos Ecológicos na investigação do Desenvolvimento Infantil..... 11
1.2 - Participação da criança na rotina domiciliar: cronologia e mecanismos de aprendizagem..... 16
1.3 - A criança com paralisia cerebral: moderação de fatores ambientais e a participação no contexto domiciliar..... 19
1.4 – Objetivos..... 22
1.4.1 – Objetivo Geral..... 22
1.4.2 – Objetivos Específicos..... 22

2 – MATERIAIS E MÉTODOS..... 24
2.1 – Delineamento do Estudo..... 25
2.2 – Amostra..... 25
2.3 – Instrumentos e Medidas..... 26
2.3.1 – PEDI..... 26
2.3.2 – CHORES..... 27
2.3.3 – ECPPC..... 28
2.3.4 – Confiabilidade entre examinadores..... 29
2.4 – Procedimentos..... 29
2.4.1 - Análise dos Dados..... 30

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 32

4 – ARTIGO..... 38

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 59

APÊNDICES:

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE;
APÊNDICE B – Questionário de Informações sociodemográficas;
ANEXOS:
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa COEP-UFMG;
ANEXO B – Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado - E-CPPC;
ANEXO C – Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade – PEDI;
ANEXO D – Children Helping Out: Responsibilities, Expectations and Supports – CHORES;
ANEXO E – Critério de Classificação Econômica Brasil 2011 - ABEP ;
ANEXO F – Normas para submissão do manuscrito;

1 – INTRODUÇÃO

1 – INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, estudos que investigam o contexto do desenvolvimento infantil convergem para a identificação de características específicas da família, em especial da mãe, como importante elemento no desenvolvimento de competências da criança. Algumas dessas características constituem-se conhecidos preditores do desenvolvimento infantil, como por exemplo, idade e escolaridade da mãe, renda familiar ou local de moradia da família[1;2;3]. Entretanto, muitos desses estudos discutem a relação entre criança e ambiente centrando-se especificamente em atributos individuais e características ambientais de forma separada[4]. Assim, parte dessa literatura tem identificado o ambiente como uma variável independente, ou seja, como um fator extrínseco que exerce influência sobre o desenvolvimento infantil[5].

Abordagens ecológicas incluem o ambiente familiar como elemento estrutural do modelo conceitual, tendo como foco não apenas as características da família, mas as transações entre a criança e ambiente[6]. Neste sentido, o processo de desenvolvimento é caracterizado por mudanças permanentes na forma como a criança estabelece trocas ativas com os ambientes físico, social, atitudinal e cultural[7].

As relações que se estabelecem entre pais e filhos permeiam os cuidados primários e o ambiente de desenvolvimento da criança. Por sua vez, essas relações são fortemente influenciadas pelos comportamentos e práticas dirigidos aos filhos e pelas ideias, crenças e valores que subsidiam esses comportamentos. Nessa perspectiva, as crenças e práticas parentais, contextualizadas nas atividades e interações do cotidiano, estruturam o desempenho funcional, a participação na rotina domiciliar e, consequentemente, o desenvolvimento da criança.

As crenças parentais são aqui compreendidas como as ideias contextualizadas na rotina diária da família, que exercem influência nas escolhas, decisões e julgamentos dos

pais, norteando as ações em relação aos seus filhos[8]. Essas ações são práticas parentais, ou seja, comportamentos que se manifestam continuamente no cotidiano familiar, através dos quais os pais buscam exercer a função de parentalidade, baseados no que acreditam representar esse papel[9]. Neste sentido, a literatura propõe que o comportamento dos pais é fundamentado em ideias e crenças, implícita ou explicitamente organizadas, devendo ser compreendidas como inseparáveis das ações[10].

No presente estudo, dois modelos teóricos pautam a investigação sobre a influência de crenças e práticas parentais na relação entre o desempenho funcional e o engajamento na rotina domiciliar: o Nicho de Desenvolvimento[11;12] e o Modelo de Componentes da Parentalidade[13;14]. Essa revisão estrutura-se na caracterização destes modelos e uso em pesquisas na área de desenvolvimento infantil, seguida pela apresentação da família como contexto de aprendizagem, finalizando com recentes discussões sobre a participação da criança com paralisia cerebral.

1.1 - Utilização de Modelos Ecológicos na investigação do Desenvolvimento Infantil

O Nicho de Desenvolvimento[11;12]

A partir de estudos antropológicos na zona rural no Quênia (África Oriental) e baseados em conceitos da antropologia e da psicologia, os pesquisadores Sarah Harkness e Charles Super desenvolveram o modelo do Nicho do Desenvolvimento[11;12]. Este modelo, amplamente utilizado na literatura nacional e internacional, busca compreender o desenvolvimento da criança no contexto domiciliar. O sistema do nicho é composto por três subsistemas que organizam e norteiam as experiências de desenvolvimento: os ambientes físico e social em que a criança vive, os costumes relacionados à prática de

cuidados, e as crenças dos cuidadores. Esses três subsistemas operam de forma integrada, e relacionam-se dinamicamente entre si e com a cultura[11].

Os ambientes físico e social constituem os materiais disponíveis e as pessoas presentes nesses espaços, que podem moldar o comportamento da criança na medida em que promovem possibilidades de interação, oportunidades e necessidades de praticar determinadas tarefas, bem como desenvolver potencialidades emergentes. Os costumes e práticas de cuidado com a criança são compreendidos como sequências de comportamentos comumente usados pelos membros da comunidade, e também pelos cuidadores, caracterizando estratégias para lidar com as crianças em idades específicas ou em contextos particulares. As crenças dos cuidadores têm importância central na estruturação do nicho. Este subsistema é também nomeado etnoteorias parentais, ou seja, expressões de ideias que os pais têm sobre o comportamento da criança e sobre o desenvolvimento infantil, por exemplo, como as crianças devem se comportar em diferentes ambientes, ou quais são as capacidades adquiridas em diferentes idades[11]. Para os autores do modelo, essas crenças podem ser vislumbradas nos ambientes físico e social que os pais oportunizam a seus filhos, nos objetivos que traçam para seu desenvolvimento e nas práticas de cuidados dirigidas à criança[15].

Tendo como base o modelo do nicho de desenvolvimento, Kolobe[16] investigou a associação entre práticas e comportamentos dos pais, fatores sociodemográficos e o desenvolvimento da criança. O estudo contou com 62 díades, compostas por mães americanas e mexicanas e seus filhos de aproximadamente 12 meses, e utilizou de diferentes instrumentos para mensurar as práticas parentais, além da Escala Bayley II para avaliar o desenvolvimento das crianças. Foram encontradas correlações positivas entre o subsistema do nicho que se refere às práticas de cuidado dos pais e o desenvolvimento infantil, principalmente no desfecho cognitivo. Quanto ao ambiente social, análise dos

fatores sociodemográficos apontou que a escolaridade materna modifica e relação entre as práticas parentais e o desenvolvimento infantil, o que reforça a ideia de integração dos componentes do nicho.

Um estudo realizado na zona rural do Rio de Janeiro pautou-se no modelo do Nicho de Desenvolvimento para descrever ideias e práticas de um grupo de mães e sua influência na estruturação do ambiente que propiciam aos seus filhos lactentes[17]. Para tanto, os pesquisadores desenvolveram um questionário semiestruturado baseado nos componentes do nicho. Assim, as autoras descrevem o "nicho de desenvolvimento" dos bebês, detalhando cada componente de sua estrutura e discutindo sobre a influência integrada dos componentes na formação do ecossistema de vida da criança.

Em congruência com a estrutura conceitual do modelo, os estudos relatados demonstram a integração dos três componentes do nicho bem como a interação desses com outros fatores do ambiente. Ressalta-se ainda, a interdependência adaptativa entre indivíduo e nicho, ou seja, a criança se adapta ao ambiente no decorrer de seu desenvolvimento, bem como ocorre uma adaptação complementar do ambiente às características da criança[15]. Tais propriedades do Modelo do Nicho de Desenvolvimento permeiam os mecanismos de ação do modelo, estabelecendo-se um sistema dinâmico de inter-relação entre seus elementos e o processo de mudança do nicho.

Modelo de Componentes da Parentalidade[13;14]

As práticas de cuidado utilizadas por pais e suas crenças são também abordadas no Modelo de Componentes da Parentalidade, proposto por Keller[13; 18]. Neste modelo, os cuidados que os pais dispensam às crianças são pautados em seis componentes, os quais a autora define como sistemas parentais, a saber, cuidados primários, contato corporal, estimulação corporal, estimulação por objetos, contato face a face e envelope narrativo.

Cuidados primários visam prover alimentos, proteção e higiene à criança e tem como função psicológica desenvolver confiança na proteção e disponibilidade do cuidador. O contato corporal envolve o contato corpo a corpo, o carregar extensivo e o dormir junto. Sua função psicológica consiste na experiência de calor emocional, o que garante à criança sentimentos de coesão social e pertencimento ao grupo, os quais podem contribuir para que a criança aceite as regras e valores dos pais. A estimulação corporal tem como objetivo incitar movimentos por meio do toque; sua função psicológica consiste em intensificar a percepção do bebê com relação a seu próprio corpo e ao ambiente circundante. Já a estimulação por objetos consiste no uso de brinquedos na interação do cuidador-criança no intuito de vincular o bebê ao ambiente físico em geral, e tem como função também, promover o desenvolvimento cognitivo. O contato face a face compreende o contato visual mútuo entre cuidador e criança, expondo-a a altos níveis de informação cognitiva e social. Mediante esse contato, a criança se torna consciente de que é um ser único, além de facilitar o desenvolvimento da linguagem e a autorregulação da criança. O envelope narrativo constitui a linguagem utilizada pelos cuidadores ao estabelecer contato com a criança, auxiliando-a na apropriação cultural[18]. Tais componentes ou sistemas parentais evidenciam a manifestação das crenças e práticas de cuidado na rotina diária em diferentes meios culturais.

Alguns autores[13;14;19] identificaram três modelos parentais, a saber, independente, interdependente e autônomo-relacionado, que caracterizam-se pela predominância de certos sistemas parentais, e apresentam diferentes orientações socioculturais. O modelo independente ou distal prioriza a autonomia e a separação; nele predomina a estimulação face a face ou por objetos e é encontrado em famílias urbanas, educadas em sociedades pós-industriais. O modelo interdependente ou proximal inclui heteronomia e afinidade; o tipo de estimulação predominante é o contato corpo a corpo e é característico de

sociedades rurais, principalmente de famílias que vivem tradicionalmente por subsistência. O terceiro modelo, descrito por Kagitçibasi[20], combina parentalidade proximal e distal, propondo um modelo que mescla a natureza autônoma e a relacionada, referindo-se respectivamente ao autogerenciamento das ações e aos aspectos interpessoais. Este modelo é preferencialmente encontrado em famílias de classe média, educadas em sociedades tradicionais. Embora a descrição dos diferentes tipos de modelo seja didaticamente apresentada de forma individual, é importante compreendê-los como estruturas interativas.

Com base no Modelo de Componentes da Parentalidade, Friedlmeier et al[21] compararam as metas de socialização de cuidadoras (mães e professoras) brasileiras e alemãs e relacionaram os resultados às diferentes orientações culturais. Os autores observaram que as cuidadoras brasileiras apresentaram principalmente características do modelo interdependente, valorizando metas orientadas para a realização pessoal, e perceberam que suas sociedades priorizam o comportamento coletivo, comparadas às cuidadoras alemãs. Não foram observadas diferenças entre as amostras, nas características do modelo independente. Os autores sugeriram que valores de uma sociedade moderna se misturam aos valores tradicionais em regiões urbanizadas do Brasil. Corroborando com essa conclusão, Vieira et al[22] investigaram crenças de mães sobre práticas de cuidado em diferentes regiões do país. Os resultados não evidenciaram diferenças entre as regiões. Segundo os autores, mães brasileiras atribuem alta importância às práticas relacionadas à aceitação da sociedade, como bom comportamento e higiene pessoal, seguida pela exposição da criança a diferentes estímulos, incluindo oportunidade de interação, usam de brinquedos e linguagem; esses valores estão relacionados à idade e escolaridade das mães. Em síntese, a literatura sugere que mães brasileiras misturam orientações independentes e interdependentes e suas práticas maternas e incorporam combinações distintas de componentes ou sistemas parentais.

O Modelo de Componentes da Parentalidade foi utilizado recentemente para nortear a construção e validação de um instrumento denominado *Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado da Primeira Infância* (E-CPPCP), que informa sobre crenças e práticas de cuidado utilizadas pelos pais[23]. O instrumento foi administrado em mães de seis estados brasileiros, de todas as regiões do país. Embora o instrumento não tenha conseguido discriminar os seis componentes de parentalidade, seus itens foram agrupados em dois fatores que contemplam o modelo sugerido por Keller[13;14]. O primeiro fator, chamado de *cuidados primários*, tem relação com crenças e práticas essenciais para a sobrevivência da criança na primeira infância e o segundo fator denominado *estimulação*, refere-se às crenças e práticas utilizadas pelos pais para estimular o desenvolvimento infantil.

Martins et al[24] utilizaram a E-CPPC e compararam crenças e práticas de cuidado de mães residentes em cidades do interior e em capitais brasileiras, e ainda investigaram a associação de variáveis sociodemográficas com cada fator da escala. Os resultados indicaram que mães brasileiras valorizam e implementam mais frequentemente práticas de cuidados primários do que práticas de estimulação; mães de cidades pequenas valorizam e realizam menos práticas de estimulação, comparadas às mães das capitais. Os resultados revelaram ainda, associação positiva entre idade da criança e escolaridade da mãe com as crenças e práticas de estimulação. Assim, entende-se que os modelos de parentalidade, bem como seus componentes, representam prioridades idealizadas culturalmente[21;24].

1.2 – Participação da criança na rotina domiciliar: cronologia e mecanismos de aprendizagem

Estudos etnológicos, que analisam e comparam diferentes culturas, mostram que na maioria das sociedades o início da participação em tarefas domésticas inicia-se por volta dos seis anos de idade e esse processo é demarcado pelas orientações culturais da família[4]. Para muitas comunidades africanas, quando a criança atinge a idade de seis anos ela adquire conhecimento sobre as coisas e é esperado que ela saiba distinguir entre o certo e o errado e assim, passa a assumir responsabilidades em casa e na comunidade[25]. Nos Estados Unidos, bem como no Brasil, essa vem ser a idade em que as crianças iniciam o ensino fundamental, sugerindo que as demandas de responsabilidade que lhe são atribuídas tornam-se mais complexas. As teorias do desenvolvimento infantil conferem expectativas diferenciadas às crianças nesta faixa etária, sugerindo que esse parece ser um momento particular no processo de engajamento na rotina doméstica[26]. Entretanto, certas responsabilidades são atribuídas ao calendário de aquisição de habilidades da criança e à sua participação em contextos relevantes, em detrimento da idade cronológica; como consequência, diferentes culturas podem esperar que as capacidades da criança emerjam em momentos distintos. Por exemplo, em famílias de classe média da América do Norte, as crianças não são consideradas aptas a cuidar de si mesmas ou de outras até aproximadamente 10 anos de idade[4]. Em algumas regiões do Quênia, as crianças começam a assumir responsabilidades pelo cuidado de outras antes dos cinco anos de idade[12].

Segundo Rogoff [4;27] o engajamento na rotina domiciliar é resultante de um processo de aprendizagem. Nessa perspectiva, a criança ou aprendiz, ao fazer parte de um nicho sociocultural, observa atividades que são realizadas por um *expert* (i.e., seu cuidador) e sua atenção é modulada pelo interesse. Sua presença constante acrescida dos limites e possibilidades impostos pelos adultos no cotidiano da família[27;28] fazem com que de observadora externa a criança vá gradativamente assumindo responsabilidades na realização de tarefas específicas, guiada pelo cuidador ou *expert*, e se inserindo como

participante ativo na rotina do ambiente domiciliar. O mecanismo que pauta tal processo de aprendizagem e inserção cultural da criança é denominado participação guiada. Alguns estudos tem explorado essa integração entre pessoa e ambiente na participação em tarefas domésticas[29; 30].

Um estudo clássico de White e Brinkeroff [29] investigou o trabalho realizado pela criança na rotina domiciliar e a percepção dos pais sobre esse trabalho. Setecentos e noventa pais foram questionados a respeito do engajamento de suas crianças em tarefas domésticas e das razões para que elas participassem. Os resultados indicaram que as crianças vão se envolvendo nas tarefas à medida que ficam mais velhas; iniciam esse envolvimento assumindo as responsabilidades em tarefas relativamente mais simples e de foco pessoal, como tarefas de autocuidado e cuidado com seus pertences. Neste estudo, a participação das crianças nas tarefas domésticas foi associada principalmente com o desenvolvimento de responsabilidade e com o amadurecimento da criança; outras variáveis importantes incluíram necessidade da criança de aprender para se tornar independente, divisão de tarefas como valor familiar e a demanda dos pais por ajuda no cotidiano.

A aprendizagem e participação em tarefas domésticas são resultantes das transações entre características do indivíduo, do ambiente e da própria tarefa[4;27]. Buscando observar como se dão essas transações, Dunn e colaboradores[30] compararam a relação da idade da criança e estrutura familiar com a participação em tarefas domésticas, em grupos de crianças com e sem Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Os resultados sugeriram que a idade da criança, a presença de um irmão mais velho e a rotina da família são preditivas do número de tarefas domésticas desempenhadas pelas crianças de ambos os grupos. Por sua vez, o diagnóstico de TDAH, a presença de um irmão mais velho e o estresse parental foram preditores da quantidade de assistência disponibilizada às crianças, principalmente em tarefas que se relacionam ao cuidado familiar. As autoras

propuseram que alguns valores familiares, consciente ou inconscientemente, direcionam o comportamento dos pais frente à participação de seus filhos em tarefas domésticas. Porém, essa reflexão permanece como hipótese a ser empiricamente testada.

1.3 – A criança com paralisia cerebral: moderação de fatores ambientais e a participação no contexto domiciliar

Até o momento, temos discutido como o contexto familiar, particularmente as crenças e práticas parentais se relacionam à participação de crianças com desenvolvimento normal. Considerando a caracterização ecológica do fenômeno e a relação transacional entre indivíduo e contexto de referência, a presença de um filho com deficiência pode interferir na dinâmica dessa relação. Baseados nessa premissa, recentes pesquisas começam disponibilizar evidências, assumindo que a deficiência não pode ser considerada a única preditora de resultados na vida da criança, mas sim a interação entre as crianças com deficiência e as demandas e características de seu ambiente imediato[31]. Como exemplo, um estudo conduzido em Israel[32] avaliou o impacto dos estilos parentais caracterizados pelos comportamentos de aceitação/rejeição e controle/autonomia, na qualidade de vida de crianças com paralisia cerebral (PC). Os resultados indicaram uma correlação positiva entre os comportamentos de permissão de autonomia e aceitação dos pais e a qualidade de vida das crianças, sugerindo inclusive, que esses comportamentos são melhores preditores da qualidade de vida dos filhos deficientes do que outros fatores estudados, tais como gravidade da deficiência motora ou intelectual, além do nível socioeconômico da família.

Crianças com PC podem apresentar alterações físicas e cognitivas, e muitas delas convivem com dificuldades na realização de atividades e/ou na participação social[33;34]. As

alterações físicas e motoras consequentes da condição de PC são de certa forma previsíveis; já o desempenho funcional e a participação se manifestam individualmente e são ancorados nas demandas específicas das tarefas e nas características do ambiente no qual a criança vive[35;36]. Nesse sentido, Mancini et al[37] avaliaram o impacto do grau de comprometimento neuromotor no perfil funcional de crianças com PC. Os resultados mostraram desempenho funcional superior das crianças leves, comparadas com as graves, nos repertórios de habilidades de autocuidado, mobilidade e função social. Todavia, as crianças com comprometimento motor moderado se assemelharam às de comprometimento leve nas habilidades de autocuidado e de função social, mas no que se refere à independência, as primeiras se assemelham àquelas com comprometimento grave nessas mesmas áreas. Estes resultados podem ser atribuídos a atitudes de cuidadores, que baseados em baixas expectativas em relação ao potencial de seus filhos limitam as oportunidades de participação e o aprimoramento de suas habilidades na rotina domiciliar.

Um estudo realizado com 288 famílias de crianças com PC objetivou identificar determinantes da participação destas crianças em atividades de recreação e leitura[38]. Os resultados indicam que os fatores que mais se relacionaram aos desfechos nesse grupo de crianças foram suas habilidades funcionais, suas preferências e as orientações familiares, sugerindo que o desempenho funcional se mescla aos atributos da criança e às características do ambiente, contribuindo positiva ou negativamente para a intensidade da participação destas crianças. Embora diversos autores busquem compreender a relação entre a participação da criança com PC e o ambiente no que tange às atividades escolares e recreativas, estudos qualitativos têm identificado que entre as maiores preocupações dos pais de crianças com PC encontra-se a independência, principalmente na área de autocuidado[39; 40].

Alguns estudos tem verificado o efeito de interações da criança com o ambiente tendo como desfecho o desempenho funcional. Mancini et al[41] avaliaram o efeito moderador do nível socioeconômico (risco social) na relação entre nascimento pré-termo (risco biológico) e desempenho funcional em crianças com desenvolvimento normal. Os resultados revelaram que o risco social interage com o risco biológico e impactam nas habilidades funcionais de mobilidade e na independência em função social; os autores argumentam que a interação entre esses fatores, e não apenas a presença de um deles, influencia áreas específicas do desempenho funcional. Tal argumento ilustra relações não-lineares como as de moderação[42;43].

O efeito moderador é definido como uma variável que altera a direção e a força da relação entre uma variável independente (i.e., preditora) e uma dependente (i.e, desfecho)[42]. A moderação é possível a partir da existência inicial de uma relação de predição entre as variáveis independente e dependente. Caso essa relação seja significativa, verifica-se se a interação entre as variáveis independente e moderadora, calculada por meio do produto entre elas, também prediz a variável dependente. A existência de interação significativa entre a variável independente e a variável moderadora no modelo preditivo, indica moderação[43]. Embora o estudo de Mancini et al[41] e outros tenham iniciado a investigação de fatores do ambiente como moderadores da relação entre características da criança e desfechos do desenvolvimento, segundo nosso conhecimento, até o momento não há evidências sobre o efeito moderador de crenças e práticas parentais.

As evidências existentes demonstram que as orientações culturais dos pais influenciam no engajamento da criança na rotina domiciliar; entretanto, é possível que o efeito de tais orientações, ao invés de direto, apresente- como efeito moderador da relação entre desempenho funcional e participação em tarefas domésticas; tal estrutura caracteriza um fenômeno mais complexo do que o da relação bivariada evidenciada até o momento.

As crenças e práticas dos cuidadores podem ser variáveis moderadoras, caso elas modifiquem o nível de influência do desempenho na participação em tarefas domésticas. A literatura disponibiliza evidências da influência do contexto familiar e das habilidades de desempenho na participação da criança, todavia, é preciso investigar a interdependência desses fatores para se obter maior compreensão do engajamento da criança com e sem deficiência na rotina domiciliar. Diante do exposto, o presente estudo pretende investigar o efeito moderador das crenças e práticas de cuidado na relação entre desempenho funcional e participação em tarefas domésticas em crianças com e sem paralisia cerebral. Essa proposta poderá auxiliar na compreensão da deficiência para além das características da criança, bem como subsidiar e nortear ações de profissionais implicados no cuidado dessas crianças no sentido de potencializar o desempenho e participação delas no contexto domiciliar.

1.4 – Objetivos

1.4.1 - Objetivo Geral

- Avaliar a interação das crenças e práticas de cuidado na relação entre desempenho funcional e participação em tarefas domésticas, em crianças com paralisia cerebral e com desenvolvimento normal.

1.4.2 - Objetivos Específicos

- Comparar as crenças e práticas de cuidadores, o desempenho funcional e a participação em tarefas domésticas de crianças com desenvolvimento normal e com paralisia cerebral;
- Avaliar a relação entre repertório de habilidades de autocuidado e a participação em tarefas domésticas, em crianças com paralisia cerebral e crianças com desenvolvimento normal;

- Avaliar a relação entre assistência disponibilizada em autocuidado e a participação em tarefas domésticas, em crianças com paralisia cerebral e crianças com desenvolvimento normal;

- Testar a interação da importância e frequência de estimulação do cuidador principal* na relação entre repertório de habilidades de autocuidado e participação em tarefas domésticas em ambos os grupos;

- Testar a interação da importância e frequência de cuidados primários do cuidador na relação entre repertório de habilidades de autocuidado e participação em tarefas domésticas em ambos os grupos;

- Testar a interação da importância e frequência de estimulação do cuidador na relação entre assistência disponibilizada para autocuidado e participação em tarefas domésticas em ambos os grupos;

- Testar a interação da importância e frequência de cuidados primários do cuidador na relação entre assistência disponibilizada para autocuidado e a participação em tarefas domésticas, em ambos os grupos.

- Testar a interação da importância indicada para participação em tarefas domésticas na relação entre habilidades de autocuidado e participação em tarefas domésticas em ambos os grupos;

- Testar a interação da importância indicada para participação em tarefas domésticas na relação entre assistência disponibilizada em autocuidado e participação em tarefas domésticas em ambos os grupos;

MATERIAIS E MÉTODOS

2 – MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 - Delineamento do Estudo

Trata-se de estudo observacional transversal de caráter exploratório.

2.2 - Participantes:

Foram selecionadas, de forma não aleatória e por conveniência, 80 crianças entre seis e sete anos de idade, sendo 40 crianças com paralisia cerebral (grupo PC) e 40 crianças com desenvolvimento normal (grupo DN). Este tamanho amostral foi definido a partir de cálculo realizado com o programa G*Power 3.1®. Estimando um efeito de magnitude moderada a grande (f^2= 0,35), teste estatístico de regressão múltipla (f^2) e considerando-se os seguintes parâmetros α=0,05, poder estatístico (*power*) de 0,90 e número de variáveis preditivas (n=2) a serem testadas no modelo, um grupo de pelo menos 40 crianças seria necessário para evidenciar o referido efeito de associação na magnitude indicada, caso ele exista.

A faixa etária de seis a sete anos foi definida por ser uma idade em que as crianças iniciam o ensino fundamental e, como consequência, diversas responsabilidades começam a ser esperadas. Nesta idade espera-se que a criança demonstre interesse em realizar tarefas de autocuidado de forma independente e também busque participar de tarefas da rotina diária em casa[26]. Esta faixa etária é adequadamente coberta pela instrumentação que foi utilizada neste estudo.

As crianças com PC foram recrutadas por contatos dos pesquisadores com profissionais da área de reabilitação na região metropolitana de Belo Horizonte e no interior de Minas Gerais, em clínicas públicas e particulares. Foram incluídas neste grupo crianças com diagnóstico definitivo de PC, confirmado por laudo médico, capazes de compreender e executar comandos verbais simples, classificadas nos níveis I, II e III do

Gross Motor Function Classification System (GMFCS)[44] e níveis I, II e III do *Manual Abilities Classification System* (MACS)[45]. Tais classificações informam, respectivamente, sobre a função motora grossa e as habilidades manuais; os níveis indicados caracterizam crianças com comprometimento leve e moderado. Essas características foram identificadas pelas pesquisadoras e confirmadas por prontuário. Foram excluídas crianças com outras condições incapacitantes associadas, como autismo e síndrome de Down e que apresentavam crises convulsivas não controladas.

O grupo controle (grupo DN) foi composto por crianças entre seis e sete anos de idade com desenvolvimento normal que foram selecionadas a partir de contatos com conhecidos e cartazes afixados na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foram incluídas crianças nascidas a termo, que não faziam uso regular de medicamentos e não apresentavam alterações físicas, sensoriais ou emocionais, segundo relato dos pais. Essas crianças foram selecionadas de tal forma a manter equivalência nas características de sexo e nível socioeconômico da família com as crianças do grupo PC.

2.3 – Instrumentos:

2.3.1 - Avaliação do Desempenho Funcional: *Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade – Pediatric Evaluation Disability Inventory (PEDI)*[46;47] (ANEXO B):

O PEDI é um instrumento que informa sobre o desempenho funcional de crianças entre seis meses e sete anos e meio de idade em relação às habilidades e independência. É um questionário aplicado aos pais ou cuidadores. O instrumento foi desenvolvido por Haley et al[46], e posteriormente traduzido e adaptado transculturalmente para o Brasil por Mancini[47]; é válido, confiável e sensível para avaliar mudanças no desempenho funcional de crianças ao longo do tempo[47;48]. Para a avaliação das habilidades funcionais em

autocuidado e quantidade de assistência disponibilizada pelo cuidador da criança na realização de tarefas de autocuidado, foram utilizadas as partes I e II do PEDI. A Escala de Habilidades Funcionais (parte I) mede a capacidade da criança em desempenhar determinadas atividades funcionais típicas de cuidado pessoal, compreendendo tarefas de alimentação, banho e higiene, vestir/despir, e uso do banheiro. A escala de habilidades funcionais de autocuidado é composta por 73 itens pontuados com escore binário, sendo 1 atribuído à criança que é capaz de realizar a atividade ou já incorporou a habilidade em seu repertório funcional e escore 0 à que é incapaz. A Escala de Assistência do Cuidador em autocuidado avalia a quantidade de ajuda rotineiramente oferecida pelo cuidador para a realização de tarefas funcionais. Esta escala é constituída por oito itens pontuados em escala de seis pontos, sendo que o escore zero informa assistência total e o escore cinco é dado para a criança que realiza a tarefa de forma independente; escores intermediários informam quantidade e tipo distinto de assistência disponibilizada pelo cuidador [46;47].

2.3.2 - Avaliação da participação em tarefas domésticas: *Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports* – CHORES[49] (ANEXO C):

O CHORES é um instrumento que informa sobre o desempenho em tarefas domésticas e a assistência requerida por crianças em idade escolar. É um questionário composto por 34 itens divididos em duas subescalas: autocuidado (13 itens) e cuidado com a família (21 itens). Em ambas as subescalas os pais informam se a criança executa ou não a tarefa em uma escala dicotômica (sim/não). A pontuação de desempenho é então calculada pelo somatório das tarefas que a criança realiza. O nível de assistência disponibilizada à criança nestas tarefas é mensurado por uma escala likert de seis pontos (variando entre 6 = faz por iniciativa própria a 0 = não se espera que a criança faça). As

pontuações de assistência nas subescalas de autocuidado e de cuidado com a família são calculadas pela soma da pontuação atribuída ao conjunto de tarefas de cada subescala.

Na segunda parte do teste, os pais classificam a importância e satisfação atribuídas à participação dos filhos nas tarefas domésticas através de outra escala likert de seis pontos (variando de 6=muito importante/muito satisfeito a 1=sem nenhuma importância/insatisfeito) e respondem também a um conjunto de perguntas abertas com questionamentos sobre os motivos relacionados à classificação de importância e de satisfação. A versão utilizada foi traduzida para o português[50]; o teste foi administrado através de entrevista com o cuidador. Análise das propriedades psicométricas deste teste revelaram boa validade e alta confiabilidade, com coeficiente de correlação intraclasse (ICC) de 0.93[49].

2.3.3 - Avaliação das Crenças e Práticas Parentais: *Escala Crenças Parentais e Práticas de cuidado – E-CPPC na Primeira Infância*[23] (ANEXO D).

A E-CPPC avalia a frequência de realização e o grau de importância atribuído a dois conjuntos de práticas de cuidados: cuidado primário e estimulação. A escala deve ser preenchida por cuidadores, incluindo pais e mães, que tenham filhos em qualquer faixa etária, desde que, se tiverem mais de seis anos, os cuidadores respondam à escala recordando a rotina com a criança durante seus primeiros anos de vida. Nesse caso, esse fato deve ser considerado no momento da análise e discussão dos resultados (comunicação pessoal).

O objetivo da E-CCPC é apreender a diversidade das formas de parentalidade, considerando tanto as práticas realizadas, quanto o grau de importância atribuído a elas. A escala, desenvolvida no Brasil, foi construída baseada no Modelo de Componentes de Parentalidade e, embora seja autoaplicável, os autores sugerem a administração por

entrevista em casos de baixa escolaridade do indivíduo avaliado. Um estudo recente[23] demonstrou validade e precisão da escala, com índices de alfa de Cronbach satisfatórios, variando de 0,68 a 0,83.

2.3.4 – Confiabilidade

Todos os instrumentos do estudo foram administrados por duas avaliadoras treinadas no uso dos mesmos. Confiabilidade interexaminadores da E-CPPC, do CHORES e do PEDI foi verificada em uma amostra de 10 responsáveis por crianças com PC e 10 responsáveis por crianças com DN. Enquanto uma avaliadora administrava o teste, a outra assistia à avaliação e ambas pontuavam a folha de escore, de forma independente.

Os dados foram analisados por índices de concordância absoluta, utilizando-se o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), modelo 2,1, que analisa todos os pacientes por todos os examinadores individualmente[51]. A E-CPPC apresentou índices excelentes de confiabilidade com CCI=0,98 para todas as subescalas. O CHORES, também demonstrou confiabilidade excelente, com CCI=0,98 para subescala de desempenho autocuidado, CCI=0,96 para subescala de desempenho em cuidado familiar, CCI =0,98 para subescala de assistência em autocuidado e CCI = 0,97 para subescala de assistência em cuidado familiar. Índices similares foram encontrados na administração do teste PEDI, com CCI=0,94 para a parte I de habilidades funcionais em autocuidado e CCI=0,96 para a parte II (Assistência do Cuidador). Estes resultados revelam que a administração dos testes foi confiável e produziu informações consistentes na coleta de dados deste estudo.

2.4 - Procedimentos:

Os responsáveis pelas crianças participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Aqueles que concordaram em participar voluntariamente foram

solicitados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) permitindo a participação voluntária de seu(ua) filho(a), em duas cópias, permanecendo com uma delas.

As mães ou responsáveis pelas crianças de ambos os grupos responderam a um questionário semi-estruturado (APÊNDICE B), com perguntas sobre características sociodemográficas da criança e da família. As características socioeconômicas das famílias participantes deste estudo foram classificadas conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil[52] (ANEXO E).

As avaliações foram realizadas em um só momento, em local e horário escolhidos pela família e teve duração média de 50 minutos. Após consentir participação voluntária de seu(ua) filho(a) no estudo e responder ao questionário sociodemográfico, foi realizada uma entrevista com o cuidador principal para preenchimento da E-CPPC. Em seguida, foram aplicados os questionários PEDI e CHORES, também no formato de entrevista. A E-CPPC foi administrada antes dos testes PEDI e CHORES no intuito de controlar um possível viés nas respostas dos pais sobre suas práticas e crenças.

2.4.1 - Análise de dados:

Análises descritivas compararam os dois grupos nas variáveis idade da criança, sexo, GMFCS, MACS, classe econômica da família e escolaridade dos pais com o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas e com o teste-t de *Student* para as variáveis quantitativas. As respostas de ambos os grupos sobre a qualificação da importância e satisfação em tarefas domésticas (CHORES) foi categorizada e a frequência também analisada pelo teste qui-quadrado.

Não tendo sido verificada a normalidade das distribuições de ambos os grupos nas variáveis dependentes deste estudo, através do teste *Shapiro-wilk*, testes *Mann-Whitney*

foram utilizados para comparar as medianas dos dois grupos nos testes PEDI, CHORES e na E-CPPC.

Índices de correlação de *Spearman Rank* testaram a associação bivariada entre os escores obtidos em todas as subescalas dos testes. Modelos de regressão múltipla analisaram os efeitos dos escores da E-CPPC na associação entre os resultados dos testes PEDI e CHORES, em cada grupo. Tais modelos verificaram o efeito moderador de crenças e práticas dos cuidadores na relação entre desempenho funcional e participação em tarefas domésticas.

Todas as análises foram realizadas utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0 (SPSS Inc., 2010), com um nível de significância α = 0,05.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, S.A. et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista de Saúde Pública*, v.39, n.4, p.606-611, 2005.

2. MARIA-MENGEL, M.R.S; LINHARES, M.B.M. Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.15, (número especial), p.837-842, set/out. 2007.

3. SANTOS et al. Determinants of early cognitive development. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p. 427-437, fev. 2008.

4. ROGOFF, B. *A Natureza Cultural do Desenvolvimento Humano*. Tradução de COSTA, R.T. Porto Alegre: Artmed, 2005.

5. WANG, P.P.; BADLEY, E.M.; GIGNAC, M. Exploring the role of contextual factors in disability models. *Disability and Rehabilitation.* v.28, n.2, p.135-140, jan. 2006.

6. SAMEROFF, A.J. Environmental Risk Factors in Infancy. *Pediatrics*. v.102, n.5, p.1287-92. 1998.

7. BRONFENBRENNER, U. *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

8. KOBARG, A.P.R; SACHETTI, V.A.R; VIEIRA, M.L. Valores e Crenças Parentais: reflexões teóricas. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 16, n.2, p.96-102. 2006.

9. DARLING, N; STEINBERG, L. Parenting Style as Context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, v.113, n.3, p.487-496. 1993.

10. MELCHIORI, L.E; ALVES, Z. M. M. B. Crenças de Educadoras de Creche Sobre Temperamento e Desenvolvimento de Bebês. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.17, n.3, p.285-292, set/dez. 2001.

11. SUPER, C.M; HARKNESS, S. The Developmental Niche: a conceptualization at the interface of child and culture. *International Journal of Behavioral Development*, v. 9, North Holland, p.545-569. 1986.

12. HARKNESS S, SUPER C M. Developmental niche: A theoretical framework for analyzing the household production of health. *Social Science and Medicine*, v.38, p.219-26. 1994.

13. KELLER, H.; YOVSI, R.; BORKE, J.; KA¨RTNER, J.; JENSEN, H.; PAPALIGOURA, Z. Developmental Consequences of Early Parenting

Experiences: Self- Recognition and Self-Regulation in Three Cultural Communities. *Child Development*, v.75, n.6, p.1745-1760. 2004

14. KELLER H, BORKE J, YOVSI R, LOHAUS A, JENSEN H. Cultural orientations and historical changes as predictors of parenting behavior. *International Journal Behavioral Development***,** v.29, n.3, p.229–37. 2005

15. HARKNESS, S; SUPER, C. M; *Parental' cultural belief systems: Their origins expressions, and consequences*. New York: The Guilford. 1996.

16. KOLOBE, T.H.A. Childrearing Practices and Developmental Expectations for Mexican-American Mothers and the Developmental Status of Their Infants. *Physical Therapy***,** v.84, n.5, may. 2004**.**

17. RUELA, S.F; MOURA, M.L.S. Um Estudo do Nicho de Desenvolvimento de um grupo de crianças de uma comunidade rural**.** *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 2, p. 315-324, maio/ago. 2007.

18. KELLER, H., ABELS, M., BORKE, J., LAMM, B., LO, W., SU, Y., et al. Socialization environments of Chinese and Euro-American middle-class babies: Parenting behaviors, verbal discourses and ethnotheories. *International Journal of Behavioral Development, v.31, n.*3, p.210-217. 2007.

19. KELLER, H. et. al. Cultural Models, Socialization Goals, and Parenting Ethnotheories : A Multicultural Analysis. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v.37, n.2, p.155-172, march. 2006.

20. KAGITCIBASI, Ç. Autonomy and relatedness in cultural context: Implications for self and family. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v.36, n.4, p.403-422. 2005.

21. FRIEDLMEIER, W., SCHÄFERMEIER, E., VASCONCELLOS, V., & TROMMSDORFF, G. Self-construal and cultural orientation as predictors for developmental goals: A comparison between Brazilian and German caregivers. *European Journal of Developmental Psychology*, v.*5*, p.39-67. 2008.

22. VIEIRA, M. L., SEIDL-DE-MOURA, M. L., LORDELO, E., PICCININI, C., MARTINS, G. D. F., MACARINI, S. M., et al. Mother's beliefs about childrearing practices in seven Brazilian cities. *Journal of Cross-Cultural Psychology***,** v.41, n.2, p.195-211. 2010.

23. MARTINS, G. D. F; MACARINI, S. M; VIEIRA, M. L; SEIDL-DE-MOURA, M. L; BUSSAB, V. S. et al. Construção e validação da Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) na primeira infância. *Psico-USF*, v.15, n.1, p.23-34, jan/abril. 2010.

24. MARTINS, G.D.F; VIEIRA, M.L; SEIDL-DE-MOURA, M.L; MACARINI, S.M. Crenças e Práticas de Cuidado entre Mães Residentes em Capitais e Pequenas Cidades Brasileiras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.24, n.4, p.692-701. 2011.

25. LANCY, D.F; GROVE, M.A. Middle Childhood in Cross-Cultural Perspective. *Human Nature***,** v.22, p.281–302, Aug. 2011.

26. GESSEL, A. *A criança dos 5 aos 10 anos*. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

27. ROGOFF, B. *Apprenticeship in thinking: Cognitive development in social context.* New York: Oxford University Press. 1990.

28. VYGOTSKI, L.S. *Mind and Society: The development of higher psychological processes.* Cambridge, MA: Harvard University Press. 1978.

29. WHITE, L.K; BRINKEROFF, D B. Childrens Work in the family: Its Significance and Meaning. *Journal of Marriage and family* nov.1981.

30. DUNN, L; COSTER, W; COHN, E.S; ORSMOND, G. I. Factors associated with participation of children with and without ADHD in household tasks. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, v.29, n.3, p. 274-294. 2009

31. HOVE, D. Disabled children, parent–child interaction and attachment. *Child and Family Social Work***,** v. 11, p. 95–106. 2006.

32. ARAN, A; SHALEV, R.S; BIRAN, G; GROSS-TSUR, V. Parenting Style Impacts on Quality of Life in Children with Cerebral Palsy. *The Journal of Pediatrics*, p.56-61, july, 2007.

33. GUERZONI, V.P. D; BARBOSA, A.P; BORGES, A.C. C; CHAGAS, P.S.C; GONTIJO, A.P.B; ETEROVICK, F; MANCINI, M.C. Análise das intervenções de terapia ocupacional no desempenho das atividades de vida diária em crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v.8, n.1, p. 17-25. Jan/Mar. 2008.

34. BRASILEIRO IC, MOREIRA TMM, JORGE MSB, QUEIROZ MVO, MONT'ALVERNE DGB. Atividades e participação de crianças com Paralisia Cerebral conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.62, n.4, p.503-11. Jul/ago. 2009.

35. BLANCHE, E.I. Fazer junto com – não fazer para: a recreação e as crianças portadoras de paralisia cerebral. In: PARHAM, L.D; FAZIO, L. S. *A recreação na Terapia Ocupacional pediátrica*. São Paulo: Santos Editora e livraria; 2000. p. 202-218.

36. LAW, M; FINKELMAN, S; HURLEY, P; ROSENBAUM, P; KING, S; et al. Participation of Children with Physical Disabilities: Relationships with Diagnosis, Physical Function, and Demographic Variables. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, v.11, p.156- 162. 2004.

37. MANCINI, M.C; ALVES, A.C.M; SCHAPER, C; FIGUEIREDO, E. M; SAMPAIO, R.F; COELHO, Z.A.C; TIRADO, M.G.A. Gravidade da paralisia

cerebral e desempenho funcional. *Revista Brasileira de Fisioterapia,* v.8, n.3, p.253-260. 2004.

38. PALISANO, R.J; CHIARELLO, A; ORLIN, M; OEFFINGER, D; POLANSKY, M; MAGGS, J. Determinants of intensity of participation in leisure and recreational activities by children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v.53, p.142–149. 2011.

39. PERES, R.C.N.C. Percepção de mães de crianças com paralisia cerebral sobre o desenvolvimento motor, cognitivo e social de seus filhos. Disponível em: http://www.faeso.edu.br/horus/artigos. Acesso em 04 de set de 2011.

40. MALONI, P. K; DESPRES, E. R; HABBOUS, J. et al. Perceptions of disability among mothers of children with disability in Bangladesh: Implications for rehabilitation service delivery. *Disability and Rehabilitation*, v.32, n.10, p.845-854. 2010.

41. MANCINI, M.C; MEGALE, L; BRANDÃO, M.B; MELLO, A.P.P; SAMPAIO, R.F. Efeito moderador do riso social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.4, n.1, p.25-34. Jan/mar. 2004.

42. BARON, R. M.; KENNY, D. A. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, v.51, n. 6, p. 1173-1182, dec. 1986.

43. ABBAD, G.; TORRES, C. Regressão multipla stepwise e hierárquica em psicologia organizacional: aplicações, problemas e soluções. *Estudos de Psicologia*, v.7, n. (número especial), p. 19-29, 2002.

44. PALISANO R, ROSENBAUM P, WALTER S, RUSSELL D, WOOD E, GALUPPI B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, v.39, n.4, p.214-223. 1997.

45. MORRIS C, KURINCZUK JJ, FITZPATRICK R, ROSENBAUM PL. Reliability of the manual ability classification system for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, v.48, n.12, p.950-953. 2006.

46. HALEY, S.M; COSTER, W.J; LUDLOW, L.H; HALTIWANGER, J.T; ANDRELLOS, P.J. Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): development, standardization, and administration manual (version 1.0). Boston: PEDI Research Group & New England Medical Center Inc; 1992.

47. MANCINI, MC. *Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI) - manual da versão brasileira adaptada*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005.

48. FELDMAN AB, HALEY SM, CORYELL J. Concurrent and construct validity of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory. *Physical Therapy*, v.70, n.10, p.602-10, oct. 1990.

49. DUNN L. Validation of the CHORES: A measure of school-aged children's participation in household tasks. *Scandinavian Journal Occupational Therapy*, v.11, p.179-190. 2004.

50. AMARAL, M.F; PAULA, R. L. S; DRUMMOND, A.F; MANCINI, M. C. Tradução do Children Helping Out-Responsibilities, Expectations and Supports (CHORES) para o Português/Brasil: Equivalências semântica, idiomática, conceitual, experiencial e administração em crianças e adolescentes normais e com paralisia cerebral**.** *Revista Brasileira de Fisioterapia*. (no prelo). 2013.

51. SHROUT, P. E.; FLEISS, J. L. Intraclass Correlations: Uses in Assessing Rater Reliability. *Psychological Bulletin*, v. 86, n. 2, p. 420-428, 1979.

52. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP) - Critério de classificação econômica Brasil 2011. Disponível em <**www.abep.org**>**.** Acessado em 22/jul./2011.

.

ARTIGO

4 - ARTIGO

Interação das crenças e práticas parentais na relação entre desempenho funcional e participação em tarefas domésticas: crianças com paralisia cerebral e com desenvolvimento normal

RESUMO

Objetivo: avaliar a interação das crenças e práticas parentais na relação entre desempenho funcional e participação em tarefas domésticas, em crianças com paralisia cerebral (PC) e com desenvolvimento normal (DN). **Método**: Estudo transversal com uma amostra de 80 crianças de seis e sete anos de idade (média: 85,7 meses) distribuídas em dois grupos, sendo 40 crianças com PC e 40 com DN. O principal cuidador foi entrevistado para preenchimento de três testes no intuito de conhecer as crenças e práticas de cuidado (E-CPPC), o desempenho funcional da criança em autocuidado (Partes I e II em autocuidado PEDI), e a participação da criança em tarefas domésticas (CHORES). **Resultados**: Modelos de regressão linear revelaram que práticas de estimulação (R^2= 0,18; *p*=0,03), bem como crenças sobre tarefas domésticas (R^2= 0,30; *p*=0,01; R^2= 0,35; *p*=0,04) interferem na relação entre independência em autocuidado e participação em tarefas de cuidado familiar em crianças com desenvolvimento normal, mas não nas crianças com paralisia cerebral. **Conclusões**: Crenças e práticas parentais interferem nos desfechos funcionais e na participação da criança com DN, modificando significativamente a relação entre habilidades, independência e responsabilização destas crianças pelas tarefas no ambiente domiciliar. A dinâmica que permeia a associação destes fatores em crianças com PC é distinta da de crianças com DN.

Abordagens ecológicas incluem o ambiente familiar como elemento estrutural do modelo conceitual, e entendem o processo de desenvolvimento como mudanças permanentes na forma em que a criança estabelece trocas ativas com os ambientes físico, social, atitudinal e cultural[1,2]. Neste estudo, demonstramos que as trocas entre criança e contexto de referência modificam a participação em tarefas domésticas e que, famílias de crianças com desenvolvimento normal (DN) e com paralisia cerebral (PC) podem apresentar distintas configurações na dinâmica dessa relação.

Na maioria das sociedades, o início da participação em tarefas domésticas inicia-se por volta dos seis anos de idade e esse processo é demarcado pelas orientações culturais da família, como crenças e práticas parentais[3]. As crenças parentais são aqui compreendidas como as ideias contextualizadas implicitamente na rotina diária da família, que norteiam as ações em relação aos seus filhos, ou seja, direcionam as práticas parentais[4,5]. Assim, crenças e práticas parentais, contextualizadas nas atividades e interações do cotidiano, podem estruturar o desenvolvimento da criança, o desempenho funcional e consequentemente, a participação na rotina domiciliar.

Estudos revelam que a participação de crianças em tarefas domésticas segue um processo desenvolvimental, visto que a intensidade da participação, o tipo de tarefa e a quantidade de assistência disponibilizada se dão em função da aquisição de habilidades que aumenta com a idade[6,7]. Ao mesmo tempo, as características que guiam a participação da criança estão relacionadas aos limites e possibilidades impostos pelos adultos no cotidiano da família, que são fortemente influenciados pelo contexto em que estão inseridos. Por exemplo, em famílias de classe média da América do Norte, as crianças não são consideradas aptas a cuidar de si mesmas ou de outras até aproximadamente 10 anos de idade[3]. Em contrapartida, em algumas regiões do Quênia, as crianças começam a assumir responsabilidades pelo cuidado de outras antes de completar cinco anos[8].

Considerando a relação transacional entre indivíduo e contexto de referência, é suposto que a presença de um filho com PC possa interferir na dinâmica da relação familiar. As alterações físicas e motoras consequentes da PC são de certa forma previsíveis; já o desempenho funcional e a participação se manifestam individualmente e são ancorados nas demandas específicas das tarefas e nas características do ambiente no qual a criança vive[9]. Um estudo realizado com 288 famílias de crianças com PC buscou identificar determinantes da participação dessas crianças em atividades de recreação e leitura[10]. Os resultados indicam que os fatores que mais se relacionam à participação são suas habilidades funcionais, suas preferências e as orientações familiares, sugerindo que o desempenho funcional se mescla aos atributos da criança e às características do ambiente, contribuindo positiva ou negativamente para a intensidade da participação dessas crianças. Embora muitos estudos, como o citado, busquem compreender a relação entre a participação da criança com PC e o ambiente, no que tange as atividades escolares e recreativas, pouco se tem discutido sobre a participação dessas crianças no contexto domiciliar.

As orientações culturais dos pais parecem modificar o engajamento da criança na rotina domiciliar, caracterizando-se como efeito moderador da relação entre desempenho funcional e participação em tarefas domésticas. Tal efeito caracteriza-se como uma variável que altera a direção e a força da relação entre uma variável preditora e o desfecho a partir da existência de uma relação de predição entre as variáveis independente e dependente[11]. Dessa forma, o presente estudo pretende investigar a interação das crenças e práticas de cuidadores na relação entre desempenho funcional e participação em tarefas domésticas em crianças com e sem PC.

Método:

Foram selecionadas, de forma não aleatória e por conveniência, 80 crianças entre seis e sete anos de idade, sendo 40 crianças com paralisia cerebral (grupo PC) e 40 crianças com desenvolvimento normal (grupo DN). Este tamanho amostral foi definido estimando um efeito de magnitude moderada a grande (f^2= 0,35), teste estatístico de regressão múltipla (f^2) e considerando-se os seguintes parâmetros α=0,05, poder estatístico (*power*) de 0,90 e número de variáveis preditivas (n=2) a serem testadas no modelo.

As crianças com PC foram recrutadas em centros de reabilitação públicos e particulares. Foram incluídas neste grupo crianças com diagnóstico de PC confirmado por laudo médico, capazes de compreender e executar comandos verbais simples, classificadas nos níveis I, II e III do *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS)[12] e níveis I, II e III do *Manual Abilities Classification System* (MACS)[13], que caracterizam comprometimento leve a moderado. Foram excluídas crianças com outras condições incapacitantes associadas ou que apresentassem crises convulsivas não controladas.

O grupo controle (grupo DN) foi composto por crianças nascidas a termo, que não faziam uso regular de medicamentos e não apresentavam alterações físicas, sensoriais ou emocionais. Essas crianças mantiveram equivalência nas características de sexo e nível socioeconômico com as crianças do grupo PC (tab.1).

Instrumentos:

Pediatric Evaluation Disability Inventory (PEDI): [14,15]

O PEDI é um instrumento que informa sobre o desempenho funcional de crianças em relação às habilidades e independência. É um questionário aplicado aos pais ou cuidadores. Foi desenvolvido por Haley e colaboradores[14], traduzido e adaptado transculturalmente para o Brasil por Mancini[15], é válido, confiável e sensível para avaliar mudanças no desempenho funcional de crianças ao longo do tempo[15,16]. Para a avaliação

das habilidades funcionais em autocuidado e quantidade de assistência disponibilizada pelo cuidador da criança na realização de tarefas de autocuidado, foram utilizadas os escores brutos das partes I e II do PEDI, respectivamente.

Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports – CHORES[17]

O CHORES informa sobre o desempenho em tarefas domésticas e a assistência disponibilizada às crianças, apresenta boas propriedades psicométricas e foi traduzido para o português[18]. É um questionário composto por 34 itens divididos em duas subescalas: autocuidado (13 itens) e cuidado com a família (21 itens). Em ambas as subescalas os pais informam se a criança executa ou não a tarefa em uma escala dicotômica (sim/não). O nível de assistência disponibilizada à criança nestas tarefas é mensurado por uma escala *likert* de seis pontos, em que seis representa a maior independência e zero quando não se espera que a criança faça. Na segunda parte do teste, os pais classificam a importância e satisfação atribuídas à participação dos filhos nas tarefas domésticas em outra escala *likert* de seis pontos (variando de 6 = muito importante/muito satisfeito a 1 = sem nenhuma importância/insatisfeito) e ainda respondem a questões abertas sobre os motivos relacionados à classificação de importância e de satisfação.

Escala Crenças Parentais e Práticas de cuidado – E-CPPC na Primeira Infância[19]

A E-CPPC é uma escala brasileira que avalia práticas como frequência de realização e crenças como grau de importância atribuído a dois conjuntos de comportamentos parentais: cuidados primários e estimulação. Estudo recente demonstrou validade e precisão da escala, com índices de alfa de Cronbach satisfatórios, variando de 0,68 a 0,83[19]. A escala pode ser autoaplicável ou preenchida por entrevista, em que o

cuidador indica a frequência e o grau de importância atribuído aos itens de estimulação e cuidados primários em escala *likert* de cinco pontos.

Confiabilidade

Todos os testes foram aplicados por duas avaliadoras treinadas no uso dos instrumentos, com bons índices de confiabilidade interexaminadores (ICC=0,94 a 0,98).

Procedimentos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (ETIC No. 677/12), e os voluntários deram seu consentimento livre e esclarecido. As mães ou responsáveis pelas crianças de ambos os grupos responderam a um questionário semi-estruturado, com perguntas sobre características sociodemográficas da criança e da família; as características socioeconômicas foram classificadas conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil[20].

As avaliações foram realizadas em um só momento, em local e horário escolhidos pelo CP com duração média de 50 minutos. Todos os testes foram administrados por entrevista com o CP. A E-CPPC foi administrada antes dos testes PEDI e CHORES no intuito de controlar um possível viés nas respostas dos pais quanto às suas práticas e crenças.

Análise de dados

Análises descritivas compararam os dois grupos com o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas e com o teste-t de *Student* para as variáveis quantitativas. Não tendo sido verificada a normalidade das distribuições de ambos os grupos nas variáveis deste estudo, através do teste *Shapiro-wilk*, testes *Mann-Whitney* compararam as medianas dos

dois grupos nos testes PEDI, CHORES e na E-CPPC. As respostas de ambos os grupos sobre a qualificação da importância e satisfação em tarefas domésticas (CHORES) foi categorizada e a frequência também analisada pelo teste qui-quadrado.

Índices de correlação de *Spearman Rank* testaram a associação bivariada entre os escores obtidos em todas as subescalas dos testes. Modelos de regressão múltipla analisaram os efeitos dos escores da E-CPPC e da escala de Importância do CHORES na associação entre os resultados dos testes PEDI e CHORES, em cada grupo. Tais modelos testaram o efeito moderador de crenças e práticas dos cuidadores na relação entre desempenho funcional e participação em tarefas domésticas. Todas as análises foram realizadas utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0 (SPSS Inc., 2010), com um nível de significância $\alpha = 0,05$.

Resultados

Participaram deste estudo 80 crianças, sendo 40 do grupo PC e 40 do grupo DN, de seis e sete anos de idade, e seus principais cuidadores. Foi encontrada diferença significativa (p=0,001) entre os grupos nas partes I e II do teste PEDI, desempenho (p=0,027) e assistência em tarefas de cuidados pessoais (p=0,025) do CHORES, com as pontuações do grupo DN superiores ao grupo PC. Não foi encontrada diferença significativa no mesmo teste nas subescalas de desempenho e assistência em cuidados familiares, e na E-CPPC, conforme mostrado na tabela 2.

(inserir tabela 2)

Investigação do fator de inflação de variância (*variance inflation factor* - VIF) indicou que uma grande quantidade de informação é partilhada pelas variáveis preditivas de cada modelo (i.e. VIF> 2,0). Neste caso, quanto maior o VIF, maior a multicolinearidade, o que pode ter efeitos deletérios nas estimativas dos coeficientes de

regressão e na aplicabilidade geral do modelo estimado. Segundo Robinson e Shumacker[21], a maneira mais conveniente de reduzir esse efeito deletério é a centralização dos dados, ou seja, subtrair o escore da média do escore obtido por cada participante. Assim, todas as variáveis foram centralizadas para a análise de correlação e para os modelos de regressão.

Índices de correlação de *Spearman Rank* (ρ) revelaram associação moderada entre as partes I e II do PEDI e as subescalas referentes a tarefas de cuidados pessoais do CHORES nas crianças com PC; entretanto, não houve associação nas tarefas de cuidados familiares para esse grupo. No grupo de crianças com DN foi encontrada associação entre a parte II do PEDI e o desempenho e assistência em tarefas de cuidado familiar (ρ= 0,35; ρ= 0,31) (Tabela 3).

(inserir tabela 3)

A partir da identificação de associações significativas entre a variável independente (parte I e II do PEDI) e variável dependente (subescalas do CHORES) modelos de regressão testaram o impacto de cada uma das subescalas da E-CPPC e da escala de Importância do CHORES nessas relações. As análises de regressão demonstraram interação significativa das variáveis independentes e moderadoras em três dos modelos analisados, a saber, frequência de estimulação exercendo efeito na relação entre assistência disponibilizada em autocuidado e desempenho em tarefas de cuidado familiar (β=0,35; R^2= 0,18; *p*=0,03), e importância dada às tarefas domésticas impactando na relação entre assistência disponibilizada em autocuidado e desempenho (β= 0,40; R^2= 0,30; *p*=0,01) e ajuda disponibilizada em tarefas de cuidado familiar (β= 0,18; R^2= 0,35; *p*=0,04). Essas interações exerceram efeito significativo apenas no grupo DN, ou seja, nenhuma das interações avaliadas evidenciou efeito moderador no grupo PC.

A tabela 4 revela efeito moderador de prática de estimulação e importância em tarefas domésticas com a assistência disponibilizada em autocuidado, exercendo influência

sobre a participação em tarefas de cuidado familiar. A apresentação gráfica dos dados centralizados, revela que a assistência do cuidador (PEDI.AC) exerce um efeito β= 0,18 sobre o desempenho de cuidado familiar (DCF) em uma criança cuja pontuação de frequência de estimulação (FE) seja a média do grupo. Caso uma criança obtenha pontuação de FE 0,5 pontos acima da média, esse acréscimo irá duplicar a magnitude da relação PEDI.AC-DCF (β= 0,35). Ao contrário, se a pontuação de FE for 0,5 pontos abaixo da média, a variável exercerá um efeito moderador que anula essa relação (Figura1). Seguindo a mesma lógica, se uma criança obtiver um ponto acima da mediana de Importância em tarefas domésticas (IMP), a interação fará com que o efeito do PEDI.AC sobre DCF aumente de β= 0,24 para β= 0,64 e sobre a assistência aumente de β= 0,14 para β= 0,32. Nessa interação, se a pontuação for um ponto abaixo da mediana, a associação PEDI.AC com a assistência para participação em tarefas domésticas de cuidado familiar também será praticamente anulada.

(inserir figuras 1, 2 e 3)

A análise da frequência de respostas sobre os motivos de classificação de importância mostrou que 60% dos cuidadores de ambos os grupos que relataram valorizar como importante ou muito importante atribuem essa importância a fatores relacionados à independência e responsabilidade da criança. Dentre os cuidadores que indicaram a participação em tarefas domésticas como tendo pouca ou nenhuma importância para a criança, os motivos relacionam-se à idade da criança e a outras prioridades como escola e brincar.

Discussão

Os resultados deste estudo revelam que práticas de estimulação bem como crenças sobre tarefas domésticas interferem na relação entre independência em autocuidado e

participação em tarefas de cuidado familiar. A ação moderadora das crenças e práticas foi evidenciada somente no grupo de crianças com desenvolvimento normal (DN), não sendo observada no grupo de crianças com paralisia cerebral (PC).

A literatura tem apontado similaridades e diferenças no desempenho e participação de crianças com DN e com PC. Mancini et al.[22] demonstraram que crianças com PC tendem a realizar atividades funcionais em uma sequência semelhante às crianças com DN, embora possam ter atrasos significativos. No presente estudo, crianças do grupo PC apresentaram menor repertório de habilidades funcionais e independência em autocuidado, além de desempenho e independência inferiores em tarefas domésticas de cuidados pessoais, comparadas ao grupo DN. Utilizando o mesmo instrumento de medida para participação em tarefas domésticas, Amaral[7] também encontrou diferenças entre crianças com PC e com DN em relação à assistência disponibilizada para tarefas de cuidados pessoais, mas não ao número de tarefas desempenhadas.

A idade escolhida para o recorte transversal deste estudo (seis e sete anos) foi pautada na literatura uma vez que, em muitos países, essa idade é marcada pelo início do processo de transferência de responsabilidades, dentre elas, nas tarefas domésticas[3]. Estudos realizados em países desenvolvidos[6; 23] demonstraram que, com o passar da idade, as crianças vão se envolvendo gradualmente nas tarefas domésticas e iniciam esse envolvimento assumindo responsabilidades sobre o cuidado de si mesmo, seguido pelo cuidado da família. Amaral[7] comparou diferentes grupos etários, a saber, 6 a 10 anos e 11 a 14 anos, e verificou efeito preditivo da idade na quantidade de tarefas domésticas desempenhadas e na assistência disponibilizada para crianças brasileiras com e sem deficiência. Os resultados revelaram que crianças mais velhas participaram de mais tarefas e foram mais independentes do que crianças do grupo etário mais novo. No presente estudo, crianças com DN apresentaram repertório de habilidades funcionais superior

comparado com crianças com PC, entretanto, ambos os grupos apresentaram participação relativamente restrita em tarefas de cuidado familiar, comparado às tarefas de cuidados pessoais. Os resultados informam ainda que uma maior assistência do cuidador disponibilizada para crianças com DN desempenharem atividades de autocuidado, tais como alimentar-se e vestir-se, parece influenciar na participação dessas crianças em tarefas de cuidado familiar; tal associação é estruturalmente modificada pelo efeito moderador das crenças e práticas parentais.

No grupo de crianças com DN, entre os cuidadores que indicaram a participação em tarefas domésticas como importantes ou muito importantes, 60% relacionaram essa importância à responsabilidade e independência da criança. Esta informação é consistente com o estudo de White e Brinkeroff[6], que entrevistaram os pais sobre tarefas domésticas realizadas por suas crianças; esses associaram a participação em tarefas domésticas ao desenvolvimento de responsabilidade e caráter, e também à necessidade da criança de aprender para ser independente. Tais qualificadores suportam os nossos resultados inferenciais, uma vez que a percepção dos pais sobre a importância da participação em tarefas domésticas, apoiada em responsabilidade e independência, interfere tanto na quantidade de tarefas desempenhadas quanto no apoio disponibilizado para sua realização.

No presente estudo, as habilidades e assistência em autocuidado não foram associadas à participação em tarefas de cuidado familiar no grupo de crianças com PC, portanto o efeito de moderação de crenças e práticas nessa relação não foi avaliado. O modelo do Nicho de Desenvolvimento pressupõe que os três componentes (ambiente físico e social, práticas e crenças parentais) operam de forma coordenada, interagem de forma independente com outros fatores do ambiente e que existe uma adaptação mútua entre criança e ambiente ao longo do desenvolvimento[8]. Assim, a presença de uma criança com deficiência na família pode interferir não especificamente em um dos componentes, mas na

dinâmica da relação entre eles. Embora este e outros estudos não tenham encontrado diferenças entre crenças e práticas de cuidadores de crianças com PC e com DN[24] ou na participação destes grupos em tarefas domésticas[7], a ausência de associação no grupo PC sugere que as crenças e práticas de cuidado aqui avaliadas podem interagir com outros fatores relacionados à deficiência, tais como modificação da rotina e percepção sobre as limitações da criança, no processo de participação dessa no contexto domiciliar.

A presença de uma criança com deficiência pode afetar a relação transacional entre criança e nicho familiar, não somente pelas limitações da criança, mas também pelas mudanças na rotina familiar e na percepção dos cuidadores sobre o cuidado da mesma[24]. Estudos qualitativos com essa população têm mostrado que as decisões dos cuidadores são influenciadas por profissionais de reabilitação e que muitos pais consideram esses profissionais responsáveis pela melhora dos seus filhos[24; 25]. Além disso, considerando a idade estudada, cuidadores de crianças com PC podem priorizar as habilidades da criança para desempenhar atividades de autocuidado e nas tarefas da escola[26], não oportunizando tarefas domésticas relacionadas ao cuidado da família.

Uma das limitações deste estudo refere-se ao uso da E-CPPC com cuidadores de crianças nessa faixa etária. Para responder a alguns itens, os pais foram solicitados a relembrar os primeiros anos da infância do filho; nestes itens é possível que o viés de memória possa interferir nas respostas dos cuidadores. Entretanto, como o foco deste estudo foi a comparação entre crianças com PC e com DN, caso esse viés tenha exercido alguma influência, essa aconteceu em ambos os grupos, não colocando em risco nossos resultados.

Os resultados deste estudo reforçam a interação das crenças e práticas parentais com atributos da criança e influências do ambiente estruturando a rotina das mesmas no ambiente familiar ao evidenciar o efeito moderador que essas exercem, modificando a

relação entre independência em autocuidado e tarefas de cuidado familiar em crianças com DN. Demonstramos ainda, que a estrutura dinâmica do nicho de famílias de crianças com DN apresenta uma configuração distinta do nicho familiar de crianças com PC, uma vez que, diferentemente das crianças com DN, no grupo PC não encontramos associação entre independência em autocuidado e participação em tarefas de cuidado familiar. Essa compreensão poderá subsidiar e nortear ações de profissionais implicados no cuidado dessas crianças no sentido de potencializar o desempenho e participação delas no contexto domiciliar.

Referências Bibliográficas

1. Sameroff AJ. (1998) Environmental Risk Factors in Infancy. *Pediatrics* 102: 1287-1292.

2. Bronfenbrenner U. (1996) A *Ecologia do Desenvolvimento Humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.

3. Rogoff BA. (2003) *The Cultural Nature of Human Development*. New York: Oxford University Press.

4. Kobarg APR, Sachetti VAR, Vieira ML. (2006) Valores e Crenças Parentais: reflexões teóricas. *Rev. Bras. Cres. Des. Hum* 16: 96-102.

5. Darling N, Steinberg, L. (1993) Parenting Style as Context: an integrative model. *Psychol Bull* 113: 487-496.

6. White LK, Brinkeroff DB. (1981) Childrens Work in the family: Its Significance and Meaning. *J Marriage Fam* 43: 789-798.

7. Amaral, MF. Participação de crianças e adolescentes com desenvolvimento normal, paralisia cerebral e síndrome de down no contexto domiciliar. (dissertação). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. 83 p. Mestrado.

8. Super CM, Harkness S. (1986) The Developmental Niche: a conceptualization at the interface of child and culture. *International Journal of Behavioral Development* 9:545-569.

9. Law M, Finkelman S, Hurley P, Rosenbaum P, King S, et al. (2004) Participation of Children with Physical Disabilities: Relationships with Diagnosis, Physical Function, and Demographic Variables. *Scand J Occup Ther* 11: 156- 162.

10. Palisano RJ, Chiarello A, Orlin M, Oeffinger D, Polansky M, Maggs J. (2011) Determinants of intensity of participation in leisure and recreational activities by children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 53: 142–149.

11. Baron RM, Kenny DA. (1986) The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 51: 1173-1182.

12. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. (1997) Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 39: 214-223.

13. Morris C, Kurinczuk JJ, Fitzpatrick R, Rosenbaum PL. (2006) Reliability of the manual ability classification system for children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 48: 950-953.

14. Haley SM, Coster WJ, Ludlow LH, Haltiwanger JT, Andrellos PJ. (1992) *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): development, standardization, and administration manual* (version 1.0). Boston: PEDI Research Group & New England Medical Center.

15. Mancini MC. (2005) *Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI) - manual da versão brasileira adaptada*. Belo Horizonte: Ed. UFMG.

16. Feldman AB, Haley SM, Coryell J. (1990) Concurrent and construct validity of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory. *Phys Ther* 70: 602-610.

17. Dunn L. (2004) Validation of the CHORES: A measure of school-aged children's participation in household tasks. *Scand Jour Occup Ther* 11: 179-190.

18. Amaral, MF, Paula RLS, Drummond, AF, Mancini MC. (no prelo - 2013) Tradução do *Children Helping Out-Responsibilities, Expectations and Supports (*CHORES) para o Português/Brasil: Equivalência semântica, idiomática, conceitual, experiencial e administração em crianças e adolescentes normais e com paralisia cerebral**.** *Rev Bras Fisioter*.

19. Martins GDF, Macarini SM, Vieira ML, Seidl-De-Moura ML, Bussab VS. et al. (2010) Construção e validação da Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) na primeira infância. *Psico USF*. 15: 23-34.

20. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) - Critério de classificação econômica Brasil 2011. Disponível em <www.abep.org>**.** Acessado em 22/jul./2011.

21. Robinson C, Shumacker RE. (2009) Interaction Effects: Centering, Variance Inflation Factor, and Interpretation Issues. *Mult Lin Regr View* 35:6-11.

22. Mancini, MC et al. (2002) Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. *Arq Neuopsiquiatr* 60: 446-452.

23. Dunn L, Coster WJ, Cohn ES, Orsmond GI. (2009) Factors Associated with Participation of Children With and Without ADHD in Household Tasks. *Phys Occup Ther Pediatr* 29: 274-294.

24. Minetto MFJ. Práticas educativas parentais, crenças parentais, estresse parental e funcionamento familiar de pais de crianças com desenvolvimento típico e atípico. (tese). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010. 149 p. Doutorado.

25. Maloni PK, Despres ER, Habbous J et al. (2010) Perceptions of disability among mothers of children with disability in Bangladesh: Implications for rehabilitation service delivery. *Disability and Rehabilitation* 32: 845-854.

26. Msall ME, Park JJ. (2008) Neurodevelopmental Management Strategies for Children With Cerebral Palsy: Optimizing Function, Promoting Participation, and Supporting Families. *Clin Obstet Gynecol* 51: 800–815.

Tabela 1 – Características descritivas dos participantes; Diferenças entre grupos e distribuições de frequência:

Variáveis Descritivas		Grupos		Coeficiente (valor-p)
		PC (n= 40)	DN (n= 40)	
Idade (meses)[1]		87, 04 (6,73)	84, 34 (6,83)	t = 1,77 (*p*= 0,08)
Idade Pais (anos)[1]	Mãe	35,28 (6,33)	30,95 (12,19)	t= 655,5 (*p*= 0,16)
	Pai	40,6 (9,08)	37,90 (8,28)	t= 583,5 (*p*= 0,22)
Horas de trabalho Pais[1]	Mãe	13,08 (16,75)	20,95 (19,07)	t= 1,96 (*p*= 0,05)
	*Pai	32,65 (17,48)	40,75 (7,07)	t= -2,72 (*p*= 0,008*)
*Tempo do cuidador com a criança[1]		17,3 (5,04)*	15,13 (4,62)	t= 2,0 (*p*= 0,04*)
Sexo[2]	Masculino	20 (50%)	20 (50%)	X^2= 0,00 (*p*= 1,00)
	Feminino	20 (50%)	20 (50%)	
Raça[2]	Branca	16 (40%)	14 (35%)	X^2= 0,48 (p= 0,78)
	Negra	4 (10%)	3 (7,5%)	
	Parda	20 (50%)	23 (57,5%)	
NSE[2]	A	5 (12,5%)	3 (7,5%)	X^2= 3,49 (p= 0,17)
	B	11 (27,5%)	19 (47,5%)	
	C e D	24 (60%)	18 (45%)	
Local de Residência[2]	Capital	19 (47,5%)	25 (62,5%)	X^2= 5,31 (p= 0,07)
	Interior	12 (30%)	13 (32,5%)	
	R. Metropolitana	9(22,5%)	2 (5%)	
Escolaridade mãe[2]	Fundamental	14 (35%)	7 (17,5%)	X^2= 3,75 (p= 0,15)
	Médio	19 (47,5%)	21 (52,5%)	
	Superior	7 (17,5%)	14 (30%)	
Empregada[2]		8 (20%)	6 (15%)	X^2 = 0,35 (p= 0,55)
Tipo Topográfico da PC[2]	Ataxia	1 (2,5%)		
	Diparesia Esástica	13 (32,6%)		
	Discinesia	11 (27,6%)		
	Hemiparesia	15 (37,5%)		
GMFCS[2]	I	12 (15%)		
	II	15 (18,8%)		
	III	13 (16,3%)		
MACS[2]	I	13 (16,3%)		
	II	22 (27,5%)		
	III	5 (6,3%)		

Legenda: [1]média (desvio-padrão); [2]frequência (porcentagem); * p<0,05; NSE= nível socioeconômico; GMFCS= *Gross Motor Function Classification System*; MACS= *Manual Ability Classification System*;

Tabela 2- Comparação entre grupos PC e DN nas subescalas dos testes PEDI, CHORES e ECPPC (Teste Mann-Whitney U)

Variáveis	(valor-*p*)	Grupos	Média (DP)
PEDI - HF	(*p*= 0,001**)	PC	55,02 (10,09)
		DN	70,62 (2,09)
PEDI - AC	(*p*= 0,001**)	PC	25,45 (8,14)
		DN	35,90 (4,31)
CHORES – DCP	(*p*= 0,03*)	PC	5,20 (2,26)
		DN	6,20 (2,51)
CHORES – ACP	(*p*=0,02*)	PC	26,87 (12,08)
		DN	32,50 (13,60)
CHORES – DCF	(*p*=0,57)	PC	3,50 (2,30)
		DN	3,72 (2,25)
CHORES – ACF	(*p*=0,49)	PC	15,12 (11,09)
		DN	16,80 (12,17)
CHORES - IMP	(*p*=0,33)	PC	4,82 (1,52)
		DN	4,67 (1,23)
ECPPC – IE	(*p*=0,98)	PC	4,44 (0,38)
		DN	4,45 (0,33)
ECPPC - ICP	(*p*= 0,28)	PC	4,55 (0,36)
		DN	4,66 (0,26)
ECPPC – FE	(*p*=0,19)	PC	4,27 (0,46)
		DN	4,13 (0,49)
ECPPC - FCP	(*p*= 0,35)	PC	4,74 (0,35)
		DN	4,72 (0,28)

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

PEDI= Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade; CHORES= *Children Helping Out: Responsibilities, Expectations and Supports*; E-CPPC= Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado; PEDI-HF= habilidades funcionais em autocuidado; PEDI-AC= assistência do cuidador em autocuidado; CHORES-DCP= desempenho em cuidados pessoais; CHORES-ACP= assistência em cuidados pessoais; CHORES-DCF= desempenho em cuidados familiares; CHORES-ACF= assistência em cuidados familiares; ECPPC-IE= importância em estimulação; ECPPC-ICP= importância em cuidados primários; ECPPC-FE= frequência de estimulação; ECPPC-FCP= frequência de cuidados primários.

Tabela 3 - Associação entre subescalas dos testes CHORES e PEDI, nos grupos de crianças com PC e DN com índices de correlação de *Spearman Rank* (medidas centralizadas)

	Grupos			
	PC		DN	
cCHORES	cPEDI-HF	cPEDI-AC	cPEDI-HF	cPEDI-AC
cDCP	0,41**	0,44**	0,47**	0,14
cACP	0,44**	0,48**	0,54**	0,22
cDCF	-0,01	-0,19	0,15	0,35*
cACF	0,01	-0,16	0,15	0,31*

Legenda: valores referentes ao ρ de *Spearman.* * valor-p<0,05; **valor-p<0,01; cPEDI-HF= habilidades funcionais em autocuidado; cPEDI-AC= assistência do cuidador em autocuidado; cDCP= desempenho em cuidados pessoais; cACP= assistência em cuidados pessoais; cDCF= desempenho em cuidados familiares; cACF= assistência em cuidados familiares;

Tabela 4- Modelos de Regressão Múltipla que apresentaram significância estatística nas interações da E-CPPC e Importância do CHORES com as associações encontradas entre PEDI e CHORES no grupo DN (dados centralizados):

Desfecho	Modelo	β	Sig	VIF	R^2
cDCF	cPEDI.AC	0,18	0,03	1,12	0,18
	cFE	0,003	0,99	1,04	
	cAC*FE	0,35	0,03*	1,07	
cDCF	cPEDI.AC	0,24	0,01	1,49	0,30
	cIMP	0,75	0,01	1,11	
	cAC*IMP	0,40	0,01*	1,59	
cACF	cPEDI.AC	0,14	0,01	1,49	0,35
	cIMP	0,55	0,02	1,11	
	cAC*IMP	0,18	0,04*	1,59	

Legenda: *valor-p<0,05; cDCF= desempenho em cuidado familiar (CHORES); cACF= assistência em cuidado familiar (CHORES); cPEDI.AC= assistência do cuidador; cFE= frequência de estimulação (E-CPPC); cIMP= Importância atribuída às tarefas domésticas; β= coeficiente de regressão; Sig= significância estatística; VIF= fator de inflação de variância; R^2= coeficiente de determinação do modelo.

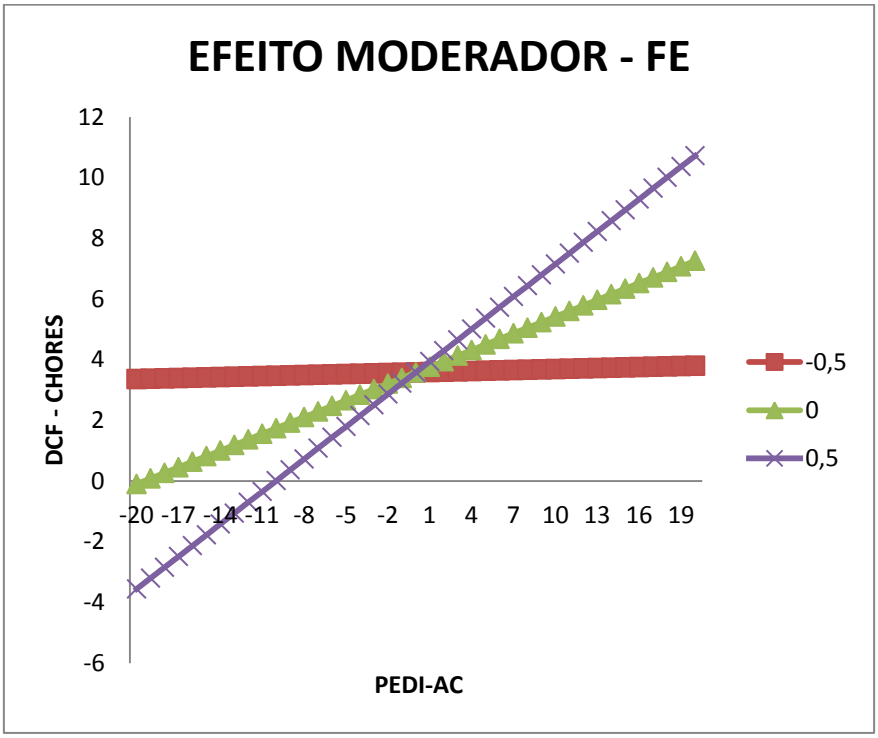

Figura 1 – Efeito Moderador da FE na relação entre PEDI.AC e DCF
Legenda: FE= frequência de estimulação; DCF- CHORES= desempenho em cuidado familiar; PEDI-AC= assistência em autocuidado; -0,5= frequência de estimulação meio ponto abaixo da média; 0= frequência de estimulação na média; 0,5= frequência de estimulação meio ponto acima da média.

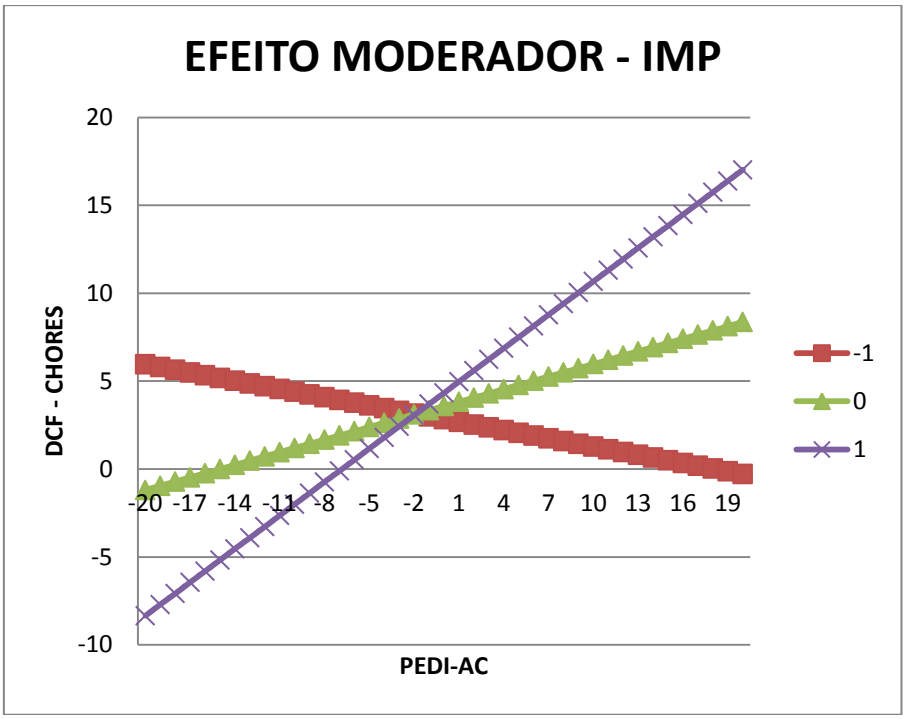

Figura 2 – Efeito Moderador de IMP na relação entre PEDI.AC e DCF
Legenda: IMP= importância atribuída à participação da criança em tarefas domésticas; DCF- CHORES= desempenho em cuidado familiar; PEDI-AC= assistência em autocuidado; -1= importância um ponto abaixo da média; 0= importância na média; 1= importância um ponto acima da média.

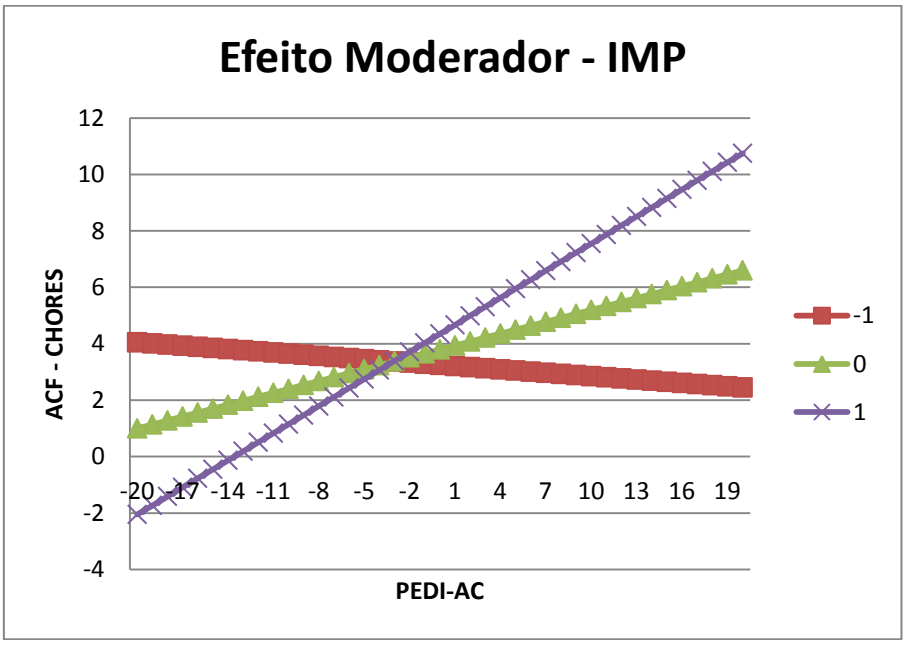

Figura 3 – Efeito Moderador de IMP na relação entre PEDI.AC e ACF
Legenda: IMP= importância atribuída à participação da criança em tarefas domésticas; ACF- CHORES= assistência oferecida em cuidado familiar; PEDI-AC= assistência em autocuidado; -1= importância um ponto abaixo da média; 0= importância na média; 1= importância meio ponto acima da média.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo investigou a interação das crenças e práticas parentais na relação entre desempenho funcional e participação em tarefas domésticas em crianças com paralisia cerebral (PC) e com desenvolvimento normal (DN). Os resultados deste estudo apontam que práticas de estimulação, bem como crenças sobre tarefas domésticas interferem na relação entre independência em autocuidado e participação em tarefas de cuidado familiar em crianças com desenvolvimento normal de seis e sete anos de idade.

Não encontramos associação entre desempenho funcional e participação em tarefas de cuidado familiar nas crianças com PC, portanto o efeito de moderação de crenças e práticas nessa relação não foi avaliado. Tais resultados ilustram a complexidade da relação entre indivíduo e ambiente na participação de crianças com e sem deficiência no contexto domiciliar e apontam que tais relações acontecem de maneira distinta nos grupos estudados. Essa compreensão poderá subsidiar e nortear ações de profissionais implicados no cuidado dessas crianças no sentido de potencializar o desempenho e participação delas no contexto domiciliar.

APÊNDICES

APÊNDICE 1
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: *Desempenho Funcional e Engajamento na Rotina do Contexto Domiciliar em Crianças com Paralisia Cerebral e com Desenvolvimento Normal: Influência Das Crenças E Práticas Parentais*

Propósito da Informação ao Paciente e Documento de Consentimento:

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa com finalidade acadêmica e científica que se destina à elaboração do projeto de mestrado da aluna Karolina Alves de Albuquerque. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Caso você não compreenda claramente alguma palavra ou procedimento peça aos responsáveis pelo estudo para explicá-lo(a).

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso queira participar. Você só deve participar do estudo se você quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

Propósito do Estudo:

O objetivo deste estudo será avaliar a influência das crenças e práticas de cuidado dos pais na relação entre desempenho funcional e o engajamento na rotina diária, em crianças com paralisia cerebral e com desenvolvimento normal.

PROCEDIMENTOS:

Caso você aceite a participação voluntária de seu(ua) filho(a) teremos dois encontros, que serão marcados com antecedência, em dia e local que seja melhor para você. No primeiro encontro pediremos que responda a um questionário com perguntas relacionadas à sua família, tais como, idade, estado civil, escolaridade e profissão do casal, renda familiar (de acordo com o número de eletrodomésticos, banheiro e empregados em sua residência), número e idade dos filhos. Além disso, faremos uma entrevista em que você irá nos informar a freqüência com que realiza determinadas atividades com seu(ua) filho(a) e a importância que dá a estas atividades. Este primeiro encontro terá duração média de 30 minutos. No segundo encontro serão administrados dois testes, também em formato de entrevista sobre as habilidades e independência de seu(ua) filho(a) para autocuidado e sobre a participação dele(a) em tarefas domésticas. Todas as perguntas são simples e não exigem nenhum manuseio ou procedimento na criança. Este segundo encontro terá duração média de 45 minutos.

Participação Voluntária:

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Você pode decidir não participar no estudo. Uma vez que você decidiu participar do estudo, você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Se você decidir não continuar no estudo e retirar sua participação, você não será punido ou perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

Custos:

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

Pagamento pela Participação:

Sua participação é voluntária, portanto você não será pago por sua participação neste estudo.

Permissão para Revisão de Registros, Confidencialidade e Acesso aos Registros:

O Investigador responsável pelo estudo e equipe irá coletar informações sobre você. Em todos esses registros um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo, membros das Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética, podem revisar os dados fornecidos. Os dados

também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância.
Você tem direito de acesso aos seus dados. Você pode discutir esta questão mais adiante com seu médico do estudo.

Contato para Perguntas:

Se você ou seus parentes tiver(em) alguma dúvida com relação ao estudo, direitos do paciente, ou no caso de danos relacionados ao estudo, você deve contatar o Investigador do estudo ou sua equipe *(Karolina Albuquerque/ (31) 9142-1092)*. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, pelo telefone: 31 3409-4592.

Declaração de Consentimento do Paciente:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado. Todas as páginas desse documento serão rubricadas por mim e pelo pesquisador responsável.

NOME DO RESPONSÁVEL (Se menor ou incapacitado)	ASSINATURA	DATA
NOME DO INVESTIGADOR (Pessoa que aplicou o TCLE)	ASSINATURA	DATA

Coordenadores do Projeto:

- Profa. Dra. Marisa C. Mancini, Departamento de Terapia Ocupacional da UFMG;
- Karolina Alves de Albuquerque, aluna de mestrado da Universidade Federal de Minas Gerais. Rua Curiatã, 75. Bairro Guarani. Belo Horizonte –MG. Telefone: (31)9142-1092. E-mail: karol.arcos@gmail.com
- Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG – telefax: (31) 3409-4592; Avenida Presidente Antonio Carlos 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar – sala 2005, CEP: 31270-901, Belo Horizonte - MG. E-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE 2
Questionário Sociodemográfico

* Número de Identificação: _____ Data da avaliação: _____

Entrevistador: _____
Endereço Residencial do entrevistado:_____
_____
Grau de parentesco do entrevistado: _____
Telefone de Contato: _____

Criança Alvo: _____
Nascimento:_____ Sexo: ( ) F ( ) M Raça da criança: _____ Idade gestacional: _____
Tempo de Aleitamento materno: _____
Diagnóstico: ( ) DN ( ) PC
Usa medicação regularmente: ( ) SIM Qual? _____ ( ) NÃO
Frequenta creche/escola? ( )SIM Horário:_____ ( )NÃO
Se sim, a instituição é: ( ) PÚBLICA ( ) PRIVADA Tipo de sala de aula: _____
Estimativa das habilidades intelectuais:
Habilidades de comunicação:
Se PC:
Tipo: _____
GMFCS: _____ MACS: _____

Mãe:_____
Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Estado civil: _____
Naturalidade:
Profissão: _____
Escolaridade: _____
Faz algum curso atualmente? ( ) SIM Qual? _____ ( ) NÃO
Estudou (a) a maior parte do tempo em qual tipo de instituição: ( ) PÚBLICA ( ) PRIVADA
Histórico de doença neurológica e/ou psiquiátrica? ( )SIM ( )NÃO
Qual?_____

Pai: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Estado civil: _____
Naturalidade:
Profissão: _____
Escolaridade:_____
Faz algum curso atualmente? ( ) SIM Qual? _____ ( ) NÃO
Estudou (a) a maior parte do tempo em qual tipo de instituição: ( ) PÚBLICA ( ) PRIVADA
Histórico de doença neurológica e/ou psiquiátrica? ( )SIM ( )NÃO
Qual?_____

Cônjuge: (padrasto ou madrasta que vive com a criança atualmente):
Nome:_____ Idade:_____ Profissão: _____ Escolaridade:_____

A família possui alguma religião? ( ) SIM ( ) NÃO
Se sim, qual? _____
Frequenta instituição religiosa? ( ) SIM ( ) NÃO
Se sim, com qual frequência? _____

Quem mora na mesma casa atualmente?
( ) Pais e filho (os)
( ) Mãe e filho (os)
( ) Pai e filho (os)
( ) Pai e/ou mãe e outros parentes

Se tiver outros filhos, quais residem na mesma casa?

	Sexo:	Idade:
_____	( ) F ( ) M	_____
_____	( ) F ( ) M	_____
_____	( ) F ( ) M	_____
_____	( ) F ( ) M	_____

Outros moradores e parentesco: _____
_____

Quem é o principal cuidador da criança (quem passa mais tempo cuidando da criança em casa?):
( ) mãe ( ) pai ( ) avó ( ) avô ( ) outros parentes ( )babá

Quantas horas/dia o principal cuidador fica com a criança? _____
Qual a faixa de renda mensal das pessoas que moram em sua casa, incluindo a sua?
( ) Até 2 salários-mínimos.
( ) De 2 a 04 salários-mínimos.
( ) De 4 a 8 salários-mínimos.
( ) De 8 a 12 salários-mínimos.
( ) Mais de 12 salários-mínimos.

Como se custeia as despesas da casa?
( ) Apenas meu (minha) conjuge é responsável.
( ) A maioria das despesas são pagas pelo meu (minha) conjuge.
( ) A maioria das despesas são pagas por mim.
( ) As despesas são divididas entre os membros da família que trabalham.
( ) Conto com ajuda de outros parentes e/ou programas do governo

A família reside em: ( ) casa ( )apartamento ( ) cômodo

A residência é:( ) própria:já paga ( ) própria: ainda pagando ( ) alugada ( ) cedida ( ) outros

A residência tem:( ) água canalizada ( ) poço/ponteira ( ) rede esgoto ( ) fossa séptica ( ) coleta de lixo ( ) luz

A residência é feita de: ( ) Alvenaria ( ) madeira ( ) ambos ( ) outros

Quantos cômodos existem na casa? ( ) um ( ) dois ( ) três ( ) quatro ( ) mais:_____

Você possui algum plano de assistência médica? ( ) Não ( ) Sim

Quais são os bens que possuem: ( ) telefone ( ) televisão ( ) rádio ( ) vídeo game
( ) computador ( ) Internet ( ) maquina fotográfica ( ) vídeo K7 ( ) DVD ( ) outros:
_____

Quais os meios de condução que a família utiliza: ( ) ônibus ( ) bicicleta ( ) moto ( ) carro ( ) outros

Critério de Classificação Econômica Brasil: ( ) A1 ( ) A2 ( ) B1 ( ) B2
( ) C ( ) D ( ) E

Observações:
_____
_____
_____

ANEXOS

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 0677.0.203.000-11

Interessado(a): Profa. Marisa Cotta Mancini
Departamento de Terapia Ocupacional
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 26 de março de 2012, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Desempenho funcional e engajamento na rotina do contexto domiciliar em crianças com paralisia cerebral e com desenvolvimento normal: influência das crenças e práticas parentais"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005 – Cep 31270-901 – BH-MG
Telefax: (031) 3409-4592 - e-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B
Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade – PEDI

PEDIATRIC EVALUATION OF DISABILITY INVENTORY - PEDI

Inventário de Avaliação Pediátrica de Disfunção

Tradução e adaptação cultural: Marisa C. Mancini, Sc.D., T.O.

Versão 1.0 Brasileira

Stephen M Haley. Ph.D., P.T., Wendy J. Coster, Ph.D., OTR/L, Larry H. Ludlow, Ph.D., Jane T. Haltiwanger, M.A., Ed.M., Peter J. Andrellos, Ph.D.

1992, New England Medical Center and PEDI Research Group.

Solicitação: Laboratórios de Atividade e Desenvolvimento Infantil, Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) Fone: (31) 3499 47 90

FORMULÁRIO DE PONTUAÇÃO

Sobre a Criança

Nome: _____

Sexo: M☐ F☐

Idade:	Ano	Mês	Dia
Entrevista	_____	_____	_____
Nascimento	_____	_____	_____
Id. Cronológica	_____	_____	_____

Diagnóstico (se houver): _____

_____ primário _____ _____ adicional

Situação atual da criança

☐ hospitalizada ☐ mora em casa

☐ cuidado intensivo ☐ mora em instituição

☐ reabilitação

Outros (especificar): _____

Escola ou outras instalações: _____

Série escolar: _____

Sobre o entrevistado (pais ou responsável)

Nome: _____

Sexo: M☐ F☐

Parentesco com a criança: _____

Profissão (especificar): _____

Escolaridade: _____

Sobre o examinador

Nome: _____

Profissão: _____

Instituição: _____

Sobre a avaliação

Recomendada por: _____

Razões da avaliação: _____

Notas: _____

_____

Direções Gerais:

Abaixo estão as orientações gerais para a pontuação. Todos os itens têm descrições específicas. Consulte o manual para critérios de pontuação individual.

Parte I - Habilidades Funcionais: 197 itens

Áreas: auto-cuidado, mobilidade, função social

Pontuação:

0 = incapaz ou limitado na capacidade de executar o item na maioria das situações

1 = capaz de executar o item na maioria das situações, ou o item já foi previamente conquistado e habilidades funcionais progrediram além deste nível.

Parte II - Assistência do adulto de referência: 20 atividades funcionais complexas

Áreas: auto-cuidado, mobilidade, função social

Pontuação:

5 = Independente

4 = Supervisão

3 = Assistência mínima

2 = Assistência moderada

1 = Assistência máxima

0 = Assistência total

Parte III - Modificações: 20 atividades funcionais complexas

Áreas: auto-cuidado, mobilidade, função social

Pontuação:

N = Nenhuma modificação

C = Modificação centrada na criança (não especializadas)

R = Equipamento de reabilitação

E = Modificações extensivas

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS

PEDI Research Group, c/o Stephen M. Haley, Department of Rehabilitation Medicine, New England Medical Center Hospital # 75K/R, 750 Washington St, Boston, MA 02111 - 1901 . Phone (617) 636-5031, Fax (617) 636-5513.

Parte I: Habilidades funcionais

Área de Auto-Cuidado

(Marque cada item correspondente: escores dos itens: 0 = incapaz; 1 = capaz)

A: TEXTURA DOS ALIMENTOS (0 incapaz, 1 capaz)

1- Come alimento batido/amassado/coado
2- Come alimento moído/granulado
3- Come alimento picado/em pedaços
4- Come comidas de texturas variadas

B: UTILIZAÇÃO DE UTENSÍLIOS (0 1)

5- Alimenta-se com os dedos
6- Pega comida com colher e leva até a boca
7- Usa bem a colher
8- Usa bem o garfo
9- Usa faca para passar manteiga no pão, corta alimentos macios

C: UTILIZACÃO DE RECIPIENTES DE BEBER (0 1)

10- Segura mamadeira ou copo com bico ou canudo
11- Levanta copo para beber, mas pode derramar
12- Levanta, c/ firmeza, copo sem tampa usando as 2 mãos
13- Levanta, c/ firmeza, copo sem tampa usando 1 mão
14- Serve-se de líquidos de uma jarra ou embalagem

D: HIGIENE ORAL (0 1)

15- Abre a boca para a limpeza dos dentes
16- Segura escova de dente
17- Escova os dentes, porém sem escovação completa
18- Escova os dentes completamente
19- Coloca creme dental na escova

E: CUIDADOS COM OS CABELOS (0 1)

20- Mantém a cabeça estável enquanto o cabelo é penteado
21- Leva pente ou escova até o cabelo
22- Escova ou penteia o cabelo
23- É capaz de desembaraçar e partir o cabelo

F: CUIDADOS COM O NARIZ (0 1)

24- Permite que o nariz seja limpo
25- Assoa o nariz com lenço
26- Limpa nariz usando lenço ou papel quando solicitado
27- Limpa nariz usando lenço ou papel sem ser solicitado
28- Limpa e assoa o nariz sem ser solicitado

G: LAVAR AS MÃOS (0 1)

29- Mantém as mãos elevadas para que as mesmas sejam lavadas
30- Esfrega as mãos uma na outra para limpá-las
31- Abre e fecha torneira e utiliza sabão
32- Lava as mãos completamente
33- Seca as mãos completamente

H: LAVAR O CORPO E A FACE (0 1)

34- Tenta lavar partes do corpo
35- Lava o copo completamente não incluindo a face
36- Utiliza sabonete (e esponja, se for costume)
37- Seca o corpo completamente
38- Lava e seca a face completamente

I: AGASALHO / VESTIMENTAS ABERTAS NA FRENTE (0 1)

39- Auxilia empurrando os braços p/ vestir a manga da camisa
40- Retira camisetas, vestido ou agasalho sem fecho
41- Coloca camiseta, vestido ou agasalho sem fecho
42- Coloca e retira camisas abertas na frente, porém s/ fechar
43- Coloca e retira camisas abertas na frente, fechando-as

J: FECHOS (0 incapaz, 1 capaz)

44- Tenta participar no fechamento de vestimentas
45- Abre e fecha fecho de correr, sem separá-lo ou fechar o botão
46- Abre e fecha colchete de pressão
47- Abotoa e desabotoa
48- Abre e fecha o fecho de correr (ziper) separando e fechando colchete/ botão

K: CALÇAS (0 1)

49- Auxilia colocando as pernas dentro da calça para vestir
50- Retira calças com elástico na cintura
51- Veste calças com elástico na cintura
52- Retira calças, incluindo abrir fechos
53- Veste calças incluindo fechar fechos

L: SAPATOS / MEIAS (0 1)

54- Retira meias e abre os sapatos
55- Calça sapatos/sandálias
56- Calça meias
57- Coloca o sapato no pé correto; maneja fechos de velcro
58- Amarra sapatos (prepara cadarço)

M: TAREFAS DE TOALETE (roupas, uso do banheiro e limpeza) (0 1)

59- Auxilia no manejo de roupas
60- Tenta limpar-se depois de utilizar o banheiro
61- Utiliza vaso sanitário, papel higiênico e dá descarga
62- Lida com roupas antes e depois de utilizar o banheiro
63- Limpa-se completamente depois de evacuar

N: CONTROLE URINÁRIO (escore =1 se a criança já é capaz) (0 1)

64- Indica quando molhou fralda ou calça
65- Ocasionalmente indica necessidade de urinar (durante o dia)
66- Indica, consistentemente, necessidade de urinar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)
67- Vai ao banheiro sozinho para urinar (durante o dia)
68- Mantém-se constantemente seco durante o dia e a noite

O: CONTROLE INTESTINAL (escore =1 se a criança já é capaz) (0 1)

69- Indica necessidade de ser trocado
70- Ocasionalmente manifesta vontade de ir ao banheiro (durante o dia)
71- Indica, constantemente, necessidade de evacuar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)
72-Faz distinção entre urinar e evacuar
73- Vai ao banheiro sozinho para evacuar, não tem acidentes intestinais

Somatório da Área de Auto-Cuidado:

Por favor, certifique-se de ter respondido todos os itens

Comentários:

Área de Mobilidade (Marque o correspondente para cada item; escores dos itens: 0 = incapaz; 1 = capaz)

A: TRANSFERÊNCIAS NO BANHEIRO (0 = incapaz; 1 = capaz)

1- Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou no adulto
2- Fica sentado sem apoio na privada ou troninho
3- Senta e levanta de privada baixa ou troninho
4- Senta e levanta de privada própria para adulto
5- Senta e levanta da privada sem usar seus próprios braços

B: TRANSFERÊNCIAS DE CADEIRAS/ CADEIRAS DE RODAS (0 1)

6- Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou adulto
7- Fica sentado em cadeira ou banco sem apoio
8- Senta e levanta de cadeira mobília baixa/infantis
9- Senta e levanta de cadeira/cadeira de rodas de tamanho adulto
10- Senta e levanta de cadeira sem usar seus próprios braços

C-1: TRANSFERÊNCIAS NO CARRO (0 1)

11a- Movimenta-se no carro; mexe-se e sobe/desce da cadeirinha de carro
12a- Entra e sai do carro com pouco auxílio ou instrução
13a- Entra e sai do carro sem assistência ou instrução
14a- Maneja cinto de segurança ou cinto da cadeirinha de carro
15a- Entra e sai do carro e abre e fecha a porta do mesmo

C-2: TRANSFERÊNCIAS NO ÔNIBUS (0 1)

11b- Sobe e desce do banco do ônibus
12b- Move-se com ônibus em movimento
13b- Desce a escada do ônibus
14b- Passa na roleta
15b- Sobe a escada do ônibus

D: MOBILIDADE NA CAMA / TRANSFERÊNCIAS (0 1)

16- Passa de deitado para sentado na cama ou berço
17- Passa para sentado na beirada da cama; deita a partir de sentado na beirada da cama
18- Sobe e desce de sua própria cama
19- Sobe e desce de sua própria cama, sem usar seus braços

E: TRANSFERÊNCIAS NO CHUVEIRO (0 1)

20- Entra no chuveiro
21- Sai do chuveiro
22- Agacha para pegar sabonete ou shampoo no chão
23- Abre e fecha box/cortinado
24- Abre e fecha torneira

F: MÉTODOS DE LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO (escore 1 se já realiza) (0 1)

25- Rola, pivoteia, arrasta ou engatinha no chão
26- Anda, porém segurando-se na mobília, parede, adulto ou utiliza aparelhos para apoio
27- Anda sem auxílio

G: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: DISTÂNCIA/VELOCIDADE (escore 1 se já realiza) (0 1)

28- Move-se pelo ambiente mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para a idade)
29- Move-se pelo ambiente sem dificuldade
30- Move-se entre ambientes, mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para a idade)
31- Move-se entre ambientes sem dificuldade
32- Move-se em ambientes internos por 15 m; abre e fecha portas internas e externas

H: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: ARRASTA/CARREGA OBJETOS (0 1)

33- Muda de lugar intencionalmente
34- Move-se concomitantemente com objetos pelo chão
35- Carrega objetos pequenos que cabem em uma mão
36- Carrega objetos grandes que requerem a utilização das duas mãos
37- Carrega objetos frágeis ou que contenham líquidos

I: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: MÉTODOS (0 1)

38- Anda, mas segura em objetos, adulto ou aparelhos de apoio
39- Anda sem apoio

J: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: DISTÂNCIA/VELOCIDADE (escore 1 se já for capaz) (0 1)

40- Move-se por 3 -15 m (comprimento de um 1-5 carro)
41- Move-se por 15 - 30 m (comprimento de 5-10 carro)
42- Move-se por 30 - 45 m
43- Move-se por 45m ou mais, mas com dificuldade (tropeça, velocidade lenta para a idade)
44- Move-se por 45m ou mais sem dificuldade

K: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: SUPERFÍCIES (0 1)

45- Superfícies niveladas (passeios e ruas planas)
46- Superfícies pouco acidentadas (asfalto rachado)
47- Superfícies irregulares e acidentadas (gramados e ruas de cascalho)
48- Sobe e desce rampas ou inclinações
49- Sobe e desce meio-fio

L: SUBIR ESCADAS (escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade) (0 1)

50- Arrasta-se, engatinha para cima por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus)
51- Arrasta, engatinha para cima por um lance de escada completo (12-15 degraus)
52- Sobe partes de um lance de escada (ereto)
53- Sobe um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade)
54- Sobe conjunto de lances de escada sem dificuldade

M: DESCER ESCADAS (escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade) (0 1)

55- Arrasta-se, engatinha para baixo por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus)
56- Arrasta-se, rasteja para baixo por um lance de escada
57- Desce parte de um lance de escada (ereto) completo (12-15 degraus)
58- Desce um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade)
59- Desce conjunto de lances de escada sem dificuldade

Somatório da Área de Mobilidade: ☐

Por favor, certifique-se de ter respondido todos os itens

Comentários:

Área de Função Social (Marque o correspondente para cada item; escores dos itens: 0 = incapaz; 1 = capaz)

A: COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DA PALAVRA (0 incapaz, 1 capaz)

1- Orienta-se pelo som
2- Reage ao "não"; reconhece próprio nome ou de alguma pessoa familiar
3- Reconhece 10 palavras
4- Entende quando você fala sobre relacionamentos entre pessoas e/ou coisas que são visíveis
5- Entende quando você fala sobre tempo e seqüência de eventos

B: COMPREENSÃO DE SENTENÇAS COMPLEXAS (0 1)

6- Compreende sentenças curtas sobre objetos e pessoas familiares
7- Compreende comandos simples com palavras que descrevem pessoas ou coisas
8- Compreende direções que descrevem onde alguma coisa está
9- Compreende comando de dois passos, utilizando-se se/então, antes/depois, primeiro/segundo, etc.
10- Compreende duas sentenças que falam de um mesmo sujeito mas de uma forma diferente

C: USO FUNCIONAL DA COMUNICAÇÃO (0 1)

11- Nomeia objetos
12- Usa palavras específicas ou gestos para direcionar ou requisitar ações de outras pessoas
13- Procura informação fazendo perguntas
14- Descreve ações ou objetos
15- Fala sobre sentimentos ou pensamentos próprios

D: COMPLEXIDADE DA COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA (0 1)

16- Usa gestos que têm propósito adequado
17- Usa uma única palavra com significado adequado
18- Combina duas palavras com significado adequado
19- Usa sentenças de 4-5 palavras
20- Conecta duas ou mais idéias para contar uma história simples

E: RESOLUÇÃO DE PROBLEMA (0 1)

21- Tenta indicar o problema ou dizer o que é necessário para ajudar a resolvê-lo
22- Se transtornado por causa de um problema, a criança precisa ser ajudada imediatamente ou o seu comportamento é prejudicado
23- Se transtornado por causa de um problema, a criança consegue pedir ajuda e esperar se houver uma demora de pouco tempo
24- Em situações comuns, a criança descreve o problema e seus sentimentos com algum detalhe (geralmente não faz birra)
25- Diante de algum problema comum, a criança pode procurar um adulto para trabalhar uma solução em conjunto

F: JOGO SOCIAL INTERATIVO (ADULTOS) (0 1)

26- Mostra interesse em relação a outros
27- Inicia uma brincadeira familiar
28- Aguarda sua vez em um jogo simples quando é dada dica que é sua vez
29- Tenta imitar uma ação prévia de um adulto durante uma brincadeira
30- Durante a brincadeira a criança pode sugerir passos novos ou diferentes, ou responder a uma sugestão de um adulto com uma outra idéia

G: INTERAÇÃO COM OS COMPANHEIROS (CRIANÇAS DE IDADE SEMELHANTE) (0 1)

31- Percebe a presença de outras crianças e pode vocalizar ou gesticular para os companheiros
32- Interage com outras crianças em situações breves e simples
33- Tenta exercitar brincadeiras simples em uma atividade com outra criança
34- Planeja e executa atividade cooperativa com outras crianças; brincadeira é complexa e mantida

H: BRINCADEIRA COM OBJETOS (0 incapaz, 1 capaz)

36- Manipula brinquedos, objetos ou o corpo com intenção
37- Usa objetos reais ou substituídos em seqüência simples de faz-de-conta
38- Agrupa materiais para formar alguma coisa
39- Inventa longas rotinas de faz-de-conta envolvendo coisas que a criança já entende ou conhece
40- Inventa seqüências elaboradas de faz-de-conta a partir da imaginação

I: AUTO-INFORMAÇÃO (0 1)

41- Diz o primeiro nome
42- Diz o primeiro e último nome
43- Dá o nome e informações descritivas sobre os membros da família
44- Dá o endereço completo de casa; se no hospital, dá o nome do hospital e o número do quarto
45- Dirige-se a um adulto para pedir auxílio sobre como voltar para casa ou voltar ao quarto do hospital

J: ORIENTAÇÃO TEMPORAL (0 1)

46- Tem uma noção geral do horário das refeições e das rotinas durante o dia
47- Tem alguma noção da seqüência dos eventos familiares na semana
48- Tem conceitos simples de tempo
49- Associa um horário específico com atividades/eventos
50- Olha o relógio regularmente ou pergunta as horas para cumprir o curso das obrigações

K: TAREFAS DOMÉSTICAS (0 1)

51- Começa a ajudar a cuidar dos seus pertences se for dada uma orientação e ordens constantes
52- Começa a ajudar nas tarefas domésticas simples se for dada uma orientação e ordens constantes
53- Ocasionalmente inicia rotinas simples para cuidar dos seus próprios pertences; pode requisitar ajuda física ou ser lembrado de completá-las
54- Ocasionalmente inicia tarefas domésticas simples; pode requisitar ajuda física ou ser lembrado de completá-las
55- Inicia e termina pelo menos uma tarefa doméstica envolvendo vários passos e decisões; pode requisitar ajuda física

L: AUTO-PROTEÇÃO (0 1)

56- Mostra cuidado apropriado quando está perto de escadas
57- Mostra cuidado apropriado perto de objetos quentes ou cortantes
58- Ao atravessar a rua na presença de um adulto, a criança não precisa ser advertida sobre as normas de segurança
59- Sabe que não deve aceitar passeio, comida ou dinheiro de estranhos
60- Atravessa rua movimentada com segurança na ausência de um adulto

M: FUNÇÃO COMUNITÁRIA (0 1)

61- A criança brinca em casa com segurança, sem precisar ser vigiada constantemente
62- Vai ao ambiente externo da casa com segurança e é vigiada apenas periodicamente
63- Segue regras/expectativas da escola e de estabelecimentos comunitários
64- Explora e atua em estabelecimentos comunitários sem supervisão
65- Faz transações em uma loja da vizinhança sem assistência

Somatório da Área de Função Social: ☐

Por favor, certifique-se de ter respondido todos os itens

Comentários:

Partes II e III: Assistência do Cuidador e Modificação do Ambiente

Circule o escore apropriado para avaliar cada item das escalas de Assistência do Cuidador e Modificação do Ambiente

	Assistência do Cuidador						Modificações				
	Independente	Supervisão	Mínima	Moderada	Máxima	Total	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva	
Área de Auto-Cuidado	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
A. Alimentação: Come e bebe nas refeições regulares; *não inclui cortar carne, abrir recipientes ou servir comida das travessas.*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
B. Higiene Pessoal: Escova dentes, escova ou penteia o cabelo e limpa o nariz.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
C. Banho: Lava e seca o rosto e mãos, toma banho; *não inclui: entrar e sair do chuveiro ou banheira, preparar a água e lavar as costas ou cabelos.*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
D. Vestir - parte superior do corpo: Roupas de uso diário, inclui ajudar a colocar e retirar splint ou prótese; *não inclui tirar roupas do armário ou gavetas, lidar com fechos nas costas.*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
E. Vestir - parte inferior do corpo: Roupas de uso diário, incluindo colocar e tirar órtese ou prótese; *não inclui tirar as roupas do armário ou gavetas.*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
F. Banheiro: Lidar com roupas, manejo do vaso ou uso de instalações externas, e limpar-se; *não inclui: transferência para o sanitário, controle dos horários ou limpar-se após acidentes.*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
G. Controle Urinário: Controle urinário dia e noite, limpar-se após acidente e controle dos horários.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
H. Controle Intestinal: Controle do intestino dia e noite, limpar-se após acidente e controle dos horários.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
	Soma da área de Auto-Cuidado										Freqüências
Área de Mobilidade											
A. Transferências no banheiro /cadeiras: cadeira-de-rodas infantil, cadeira de tamanho adulto, sanitário de tamanho adulto.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
B. Transferências no carro/ônibus: mobilidade dentro do carro ou no ônibus, uso do cinto de segurança, transferências/ abrir e fechar as portas do carro ou entrar e sair do ônibus.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
C. Mobilidade na cama/transferências: subir e descer da cama sozinho e mudar de posição na própria cama.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
D. Transferências no chuveiro: entrar e sair do chuveiro, abrir chuveiro, pegar sabonete e shampoo. *Não inclui preparar para o banho.*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
E. Locomoção em ambiente interno: 15 metros; *não inclui abrir portas ou carregar objetos.*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
F. Locomoção em ambiente externo: 45 metros em superfícies niveladas; focalizar na habilidade física para mover-se em ambiente externo *(não considerar comportamento ou questões de segurança como atravessar ruas).*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
G. Escadas: subir e descer um lance de escadas (12-15 degraus)	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
	Soma da área de Mobilidade										Freqüências
Área de Função Social											
A. Compreensão funcional: Entendimento das solicitações e instruções.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
B. Expressão funcional: Habilidade para fornecer informações sobre suas próprias atividades e tornar conhecidas as suas necessidades; inclui clareza na articulação.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
C. Resolução de problemas em parceria: Inclui comunicação do problema e o empenho com o adulto de referência ou um outro adulto em encontrar uma solução; inclui apenas problemas cotidianos que ocorrem durante as atividades diárias (por exemplo, perda de um brinquedo e conflitos na escolha das roupas).	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
D. Brincar com companheiro: Habilidade para planejar e executar atividades com um companheiro conhecido.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
E. Segurança: Cuidados quanto à segurança em situações da rotina diária, incluindo escadas, lâminas ou objetos quentes e tráfico.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
	Soma da área de Função Social										Freqüências

Inventário de Avaliação Pediátrica de Disfunção

Versão 1.0 - Brasileira

Nome: _____ Data do teste: _____ Idade: _____

Identificação: _____ Entrevistador: _____

SUMÁRIO DOS ESCORES

Escores Compostos

ÁREA		Escore Bruto	Escore Normativo	Erro padrão	Escore Contínuo	Erro padrão	Escore Fit*
Auto-cuidado	Habilidades funcionais						
Mobilidade	Habilidades funcionais						
Função Social	Habilidades funcionais						
Auto-cuidado	Assistência do Cuidador						
Mobilidade	Assistência do Cuidador						
Função Social	Assistência do Cuidador						

*Obtido somente com o uso de um programa de software

Modificação (freqüências)											
Auto-cuidado (8 ítens)				Mobilidade (7 ítens)				Função Social (5 ítens)			
Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva

Perfil dos Escores

ÁREA		ESCORE NORMATIVO	ESCORE CONTÍNUO
Auto-cuidado	Habilidades funcionais	10 30 50 70 90	0 50 100
Mobilidade	Habilidades funcionais	10 30 50 70 90	0 50 100
Função Social	Habilidades funcionais	10 30 50 70 90	0 50 100
Auto-cuidado	Assistência do Cuidador	10 30 50 70 90	0 50 100
Mobilidade	Assistência do Cuidador	10 30 50 70 90	0 50 100
Função Social	Assistência do Cuidador	10 30 50 70 90	0 50 100

+/- 2 erros padrões

ANEXO C
Children Helping Out: Responsibilities, Expectations and Supports

©2006 L. Dunn, ScD, OTR/L

CHORES (CRIANÇAS AJUDANDO: RESPONSABILIDADES, EXPECTATIVAS E APOIO) [DUNN, 2004]

Instruções: Famílias variam amplamente no que se refere à participação de suas crianças nas tarefas domésticas. Nós queremos conhecer como sua **criança**, que está cursando o ensino fundamental, da 1ª à 9ª série (idade entre 6 e 14 anos), *ajuda* ou *não ajuda* nas diferentes tarefas domésticas, diárias e semanais.

⇒ Este questionário levará aproximadamente 15 minutos para ser completado.

⇒ Marque "***sim***" se sua criança faz a tarefa ou "***não***" se sua criança não faz a tarefa.

⇒ Quando sua resposta for "***sim***", marque um "X" na coluna que mostra a quantidade de ajuda sua criança precisa para realizar a tarefa.

* Ajuda pode significar dicas verbais ou auxílio físico de um membro da família

⇒ Quando você responder "***não***", marque um "X" na coluna que melhor explica porquê sua criança não faz esta tarefa.

* Marque um "X" abaixo da opção ***Criança não consegue*** se sua criança não faz a tarefa porque ele ou ela não está seguro, ou não consegue manusear fisicamente os materiais, ou não consegue lembrar as etapas, ou ainda não consegue ler.
* Marque um "X" abaixo da opção ***Não espero isso da minha criança*** se há outras razões que explicam porque sua criança não faz esta tarefa, tais como: existem outros membros na casa que fazem a tarefa, ou não há tempo suficiente, ou você prefere que sua criança gaste tempo em outras atividades.

Exemplos:

	Criança *Faz* A Tarefa					Criança *Não Faz* A Tarefa		
Tarefas Domésticas	Por iniciativa própria >50% do tempo	Quando solicitada	Com supervisão ou monitoramento	Com alguma ajuda	Com muita ajuda		Criança não consegue	Não espero isso da minha criança
A. Ajuda no trabalho do quintal ☑ Sim ☐ Não		X						
B. Lava o carro ☐ Sim ☑ Não								X

⇒ Você pode querer mudar algumas de suas respostas enquanto completa este questionário. Se você mudar sua resposta, por favor, certifique-se de que você marcou apenas **uma opção** e marcou um "X" em apenas **uma coluna** para cada item.

⇒ Confira se você respondeu todos os itens antes de devolver este questionário. Certifique-se de ter marcado **uma** opção e de ter marcado **um** "X" em **uma** coluna para cada item.

Tradução realizada por Maíra F. do Amaral, Marisa C. Mancini, Rebeca Santos e Adriana de F. Drummond. Programa de Pós Graduação em Ciência da Reabilitação. Escola de Ed. Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais.

©2006 L. Dunn, ScD, OTR/L

Tarefas Domésticas	Criança *Faz* A Tarefa					Criança *Não Faz* A Tarefa		
	Por iniciativa própria >50% do tempo	Quando solicitada	Com supervisão ou monitoramento	Com alguma ajuda	Com muita ajuda		Criança não consegue	Não espero isso da minha criança
1. Guarda os próprios brinquedos depois de brincar ☐ Sim ☐ Não								
2. Arruma o próprio quarto ☐ Sim ☐ Não								
3. Arruma a própria cama ☐ Sim ☐ Não								
4. Arruma área compartilhada com outros ☐ Sim ☐ Não								
5. Guarda as próprias roupas ☐ Sim ☐ Não								
6. Prepara seu próprio lanche[1] ☐ Sim ☐ Não								
7. Prepara refeições frias[2] para si mesmo ☐ Sim ☐ Não								
8. Prepara parte de uma refeição fria[2] para a família ☐ Sim ☐ Não								
9. Prepara refeições quentes[3] para si mesmo ☐ Sim ☐ Não								
10. Prepara parte de uma refeição quente[3] para a família ☐ Sim ☐ Não								
11. Arruma ou tira a mesa ☐ Sim ☐ Não								
12. Traz ou guarda as compras de supermercado ☐ Sim ☐ Não								
13. Lava a louça (ou a coloca na lava-louças) ☐ Sim ☐ Não								

[1]Lanche: já preparado
[2]Refeições frias: não uso do fogão e do microondas
[3]Refeições quentes: uso do fogão e do microondas

Tradução realizada por Maíra F. do Amaral, Marisa C. Mancini, Rebeca Santos e Adriana de F. Drummond. Programa de Pós Graduação em Ciência da Reabilitação. Escola de Ed. Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais.

©2006 L. Dunn, ScD, OTR/L

Tarefas Domésticas	Criança *Faz* A Tarefa					Criança *Não Faz* A Tarefa		
	Por iniciativa própria >50% do tempo	Quando solicitada	Com supervisão ou monitoramento	Com alguma ajuda	Com muita ajuda		Criança não consegue	Não espero isso da minha criança
14. Seca a louça (ou a tira da lava-louças) ☐ Sim ☐ Não								
15. Leva o lixo para fora (orgânico, reciclável) ☐ Sim ☐ Não								
16. Limpa o banheiro ☐ Sim ☐ Não								
17. Coloca a própria roupa suja no local determinado ☐ Sim ☐ Não								
18. Guarda sua roupa limpa ☐ Sim ☐ Não								
19. Separa a roupa suja da família ☐ Sim ☐ Não								
20. Guarda a roupa limpa da família ☐ Sim ☐ Não								
21. Opera a máquina de lavar roupas e/ou secadora de roupas ☐ Sim ☐ Não								
22. Varre ou passa pano no próprio quarto ☐ Sim ☐ Não								
23. Tira a poeira do próprio quarto ☐ Sim ☐ Não								
24. Varre ou passa pano na casa ☐ Sim ☐ Não								
25. Tira a poeira da casa ☐ Sim ☐ Não								
26. Cuida das plantas ☐ Sim ☐ Não								

Tradução realizada por Maíra F. do Amaral, Marisa C. Mancini, Rebeca Santos e Adriana de F. Drummond. Programa de Pós Graduação em Ciência da Reabilitação. Escola de Ed. Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais.

©2006 L. Dunn, ScD, OTR/L

Tarefas Domésticas	Criança *Faz* A Tarefa					Criança *Não Faz* A Tarefa		
	Por iniciativa própria >50% do tempo	Quando solicitada	Com supervisão ou monitoramento	Com alguma ajuda	Com muita ajuda		Criança não consegue	Não espero isso da minha criança
27. Alimenta o(s) animal(is) de estimação ☐ Sim ☐ Não								
28. Cuida do(s) irmão(s) mais novo(s) ☐ Sim ☐ Não								
29. Cuida de outros membros da família ☐ Sim ☐ Não								
30. Organiza seu material escolar ☐ Sim ☐ Não								
31. Organiza seus pertences para eventos extra-escolares ☐ Sim ☐ Não								
32. Anota um recado de telefone ☐ Sim ☐ Não								
33. Cumpre afazeres fora de casa ☐ Sim ☐ Não								
34. Pega a correspondência ou o jornal ☐ Sim ☐ Não								

COMENTÁRIOS:

Parte 2 – Valores e Crenças sobre a Participação de Crianças em Tarefas Domésticas

1. **Por favor, liste as quatro (4) tarefas que você acredita serem as mais importantes para sua criança realizar.**

   A. _____ **B.** _____

   C. _____ **D.** _____

2. **Quais tarefas domésticas mais interessam sua criança?**

Tradução realizada por Maíra F. do Amaral, Marisa C. Mancini, Rebeca Santos e Adriana de F. Drummond. Programa de Pós Graduação em Ciência da Reabilitação. Escola de Ed. Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Minas Gerais

©2006 L. Dunn, ScD, OTR/L

3. **Quem *rotineiramente* dá orientações à sua criança quando ela precisa de ajuda nas tarefas domésticas?**

Você	Seu marido ou parceiro	Um irmão	Outro (Por favor, especifique quem)
_____	_____	_____	_____

4. **Marque a categoria que melhor descreve quão a importância que a participação da sua criança em tarefas domésticas tem para você.**

Muito Importante (6)	Importante (5)	Às vezes Importante (4)	Às vezes sem Importância (3)	Pouco Importante (2)	Sem nenhuma Importância (1)
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Se você marcou *muito importante, importante* ou *às vezes importante,* por que você acha que a participação de sua criança nas tarefas domésticas é importante?

_____

_____

⇒ **Se você marcou *às vezes sem importância*, *pouco importante* ou *sem importância,* por que você acha que a participação de sua criança nas tarefas domésticas não é importante?**

_____

_____

5. **Marque a categoria que melhor descreve sua satisfação em relação à participação de sua criança nas tarefas domésticas.**

Muito Satisfeito (6)	Satisfeito (5)	Um pouco Satisfeito (4)	Um pouco Insatisfeito (3)	Insatisfeito (2)	Muito Insatisfeito (1)
_____	_____	_____	_____	_____	_____

⇒ **Se você marcou *muito satisfeito, satisfeito* ou *um pouco satisfeito,* o que mais o satisfaz em relação à participação de sua criança nas tarefas domésticas?**

_____

⇒ **Se você marcou *um pouco insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito,* o que o deixa mais insatisfeito em relação à participação de sua criança nas tarefas domésticas?**

_____

6. **Favor relatar uma estratégia que você utiliza para engajar com sucesso a sua criança de idade escolar em tarefas domésticas. Com qual freqüência você tem sido bem-sucedido nesta tarefa?**

Tradução realizada por Maíra F. do Amaral, Marisa C. Mancini, Rebeca Santos e Adriana de F. Drummond. Programa de Pós Graduação em Ciência da Reabilitação. Escola de Ed. Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais.

©2006 L. Dunn, ScD, OTR/L

Informações Demográficas

Sobre o(s) Cuidador(es)

Sobre você

Sua relação com a criança:
{ } Mãe
{ } Pai
{ } Avó
{ } Avô
{ } Guardião
{ } Outro

Quantas crianças moram na sua casa?

_____

Qual(is) a(s) idade(s) da(s) outra(s) criança(s)?

_____

Você está empregado(a)? { } Sim { } Não

Ocupação: _____

Horas de trabalho/ semana ___ Idade: ___

Marque sua escolaridade

{ } Não estudou
{ } Ensino fundamental (1ª à 9ª série) incompleto
{ } Ensino fundamental (1ª à 9ª série) completo
{ } Ensino médio incompleto
{ } Ensino médio completo
{ } Ensino superior incompleto (pelo menos um ano) ou curso profissionalizante
{ } Ensino superior completo
{ } Pós graduação

Há outros cuidadores em sua casa?

{ } Sim (complete os itens abaixo)
{ } Não (vá para o item "Sobre sua Criança")

Relação com a criança:

{ } Mãe
{ } Pai
{ } Avó
{ } Avô
{ } Guardião
{ } Outro
{ } Nenhum

O outro cuidador está empregado(a)?

{ } Sim { } Não

Ocupação: _____

Horas de trabalho/ semana ___ Idade: ___

Marque a escolaridade

{ } Não estudou
{ } Ensino fundamental (1ª à 9ª série) incompleto
{ } Ensino fundamental (1ª à 9ª série) completo
{ } Ensino médio incompleto
{ } Ensino médio completo
{ } Ensino superior incompleto (pelo menos um ano) ou curso profissionalizante
{ } Ensino superior completo
{ } Pós graduação

©2006 L. Dunn, ScD, OTR/L

Sobre sua Criança (Ciclo escolar de 1ª à 9ª série)

Idade: _____ Série: _____ Sexo: _____

Diagnóstico Médico: _____

Estimativa das Habilidades Intelectuais: { } Acima da Média { } Na Média { } Abaixo da Média

Sala de Aula:
{ } Sala regular { } Educação Especial em meio período { } Educação Especial em tempo integral

Nível de Mobilidade da Criança:
{ } Anda { } Anda com dispositivo de auxílio (ex: andador, bengala) { } Usa cadeira de rodas

Habilidades de Comunicação da Criança:
{ } Fala fluentemente { } Fala com sentenças curtas { } Usa dispositivo de auxílio para comunicação { } Usa gestos para comunicar-se

Sua criança freqüenta creche? { } Sim { } Não

Sua criança freqüenta acompanhamento pedagógico ou atividade extra-classe? { } sim { } não

Formato demográfico adaptado de SFA e utilizado com a permissão de W. Coster, Ph.D., OTR/L

Tradução realizada por Maíra F. do Amaral, Marisa C. Mancini, Rebeca Santos e Adriana de F. Drummond. Programa de Pós Graduação em Ciência da Reabilitação. Escola de Ed. Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais.

ANEXO D
Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado na Primeira Infância – ECPPC

Escala de Crenças Parentais e Práticas de cuidado (E-CPPC) na Primeira Infância

Martins, Macarini, Vieira, Seidl-de-Moura, Bussab e Cruz (2010)*

Diversas práticas são realizadas pelos cuidadores junto a crianças de 0 a 6 anos. Abaixo você irá encontrar uma lista de práticas e deverá avaliar, primeiramente, o quanto você as realiza ou as realizou quando seu filho tinha esta idade. Depois disso, deverá avaliar o quanto considera importantes estas mesmas práticas. É importante frizar que não há respostas certas ou erradas, e o importante é a sua opinião sobre cada uma das práticas. Tome cuidado para não deixar de avaliar nenhuma delas e escolha somente uma opção de resposta para cada linha do questionário.

Por favor, pense no seu (sua) filho (a) e lembre-se da sua rotina com essa criança quando ele(a) era pequeno(a) (0 a 6 anos); ou então pense na rotina atual, caso essa criança ainda tenha esta idade:

a) O quanto você ***realiza/realizou*** cada uma dessas práticas com a criança? **Marque um X somente numa das seguintes opções:** 1=nunca, 2=raramente, 3=às vezes, 4=quase sempre ou 5=sempre.

	Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Quase sempre 4	Sempre 5
1. Pendurar brinquedos no berço.					
2. Manter limpa.					
3. Jogar jogos.					
4. Tentar evitar que se acidente (cuidados de segurança).					
5. Cuidar para que durma e descanse.					
6. Explicar coisas.					
7. Carregar no colo.					
8. Ver livrinhos juntos.					
9. Responder a perguntas.					
10. Alimentar.					
11. Ter sempre por perto.					
12. Deixar livre para correr, nadar, trepar.					
13. Fazer atividades físicas.					
14. Socorrer quando está chorando.					
15. Mostrar coisas interessantes.					
16. Não deixar que passe frio ou calor.					
17. Ouvir o que tem a dizer.					
18. Ficar frente a frente, olho no olho.					

* Martins,G.D.F; Macarini, S. M.;Vieira, M.; Seidl-de-Moura, M.L.; Bussab, V. & Cruz, R.M. (2010). Construção e validade da Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) na primeira infância. *Psico USF*, *15*(1), p.23-34.

b) Quão **importante** você considera cada uma dessas práticas para você e para seu filho? **Marque um X somente numa das seguintes opções:** 1=pouco importante, 2=razoavelmente importante, 3=mais ou menos importante, 4=importante ou 5= muito importante.

	Pouco importante 1	Razoavelmente importante 2	Mais ou menos importante 3	Importante 4	Muito importante 5
1. Pendurar brinquedos no berço.					
2. Manter limpa.					
3. Jogar jogos.					
4. Tentar evitar que se acidente (cuidados de segurança).					
5. Cuidar para que durma e descanse.					
6. Explicar coisas.					
7. Carregar no colo.					
8. Ver livrinhos juntos.					
9. Responder a perguntas.					
10. Alimentar.					
11. Ter sempre por perto.					
12. Deixar livre para correr, nadar, trepar.					
13. Fazer atividades físicas.					
14. Socorrer quando está chorando.					
15. Mostrar coisas interessantes.					
16. Não deixar que passe frio ou calor.					
17. Ouvir o que tem a dizer.					
18. Ficar frente a frente, olho no olho.					

ANEXO E
Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas.**

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginasial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginasial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos
Bem alugado em caráter permanente
Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos
Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
Bem quebrado há mais de 6 meses
Bem alugado em caráter eventual
Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

EMPREGADO DOMÉSTICO

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou continua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática
O tanquinho NÃO deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:
Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira;
Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª. porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	2 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo *"... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B..."* não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor Bruto em R$)
		2009
A1	42 a 46	11.480
A2	35 a 41	8.295
B1	29 a 34	4.754
B2	23 a 28	2.656
C1	18 a 22	1.459
C2	14 a 17	962
D	8 a 13	680
E	0 a 7	415

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA

2009

CLASSE	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF	Total Brasil
A1	0,2%	0,6%	0,5%	0,6%	0,2%	0,4%	0,4%	0,2%	1,9%	0,5%
A2	2,3%	1,6%	2,3%	5,1%	3,0%	4,6%	6,2%	4,8%	7,2%	4,0%
B1	6,3%	4,6%	6,1%	7,8%	7,7%	11,0%	12,9%	9,4%	14,1%	9,1%
B2	8,7%	10,9%	13,4%	17,5%	18,9%	23,3%	23,5%	20,7%	22,0%	19,3%
C1	17,1%	17,9%	19,2%	25,8%	28,9%	28,0%	24,4%	27,0%	22,3%	25,6%
C2	28,5%	29,5%	33,1%	23,1%	23,8%	20,1%	18,7%	23,2%	19,8%	23,2%
D	31,8%	30,8%	23,3%	19,7%	17,2%	12,1%	13,2%	13,3%	12,6%	17,1%
E	5,1%	4,1%	2,2%	0,5%	0,3%	0,5%	0,9%	1,5%	0,3%	1,1%

ANEXO F
Normas para publicação:
Developmental Medicine and Child Neurology

Instructions for contributors Developmental Medicine & Child Neurology

Submitting new papers

The letter accompanying a submitted manuscript must be signed by all the authors, or the corresponding author must state that all authors have read it and agree to it being submitted for publication. Authors in the USA should also append the following statement:

> *In consideration of Mac Keith Press taking action in reviewing and editing my submission entitled (title), the author(s) undersigned hereby transfer(s), assign(s), or otherwise convey(s) all copyright ownership to Mac Keith Press in the event that such work is published by Mac Keith Press.*

Manuscripts must not be submitted simultaneously to another journal.

Permissions and consents: if the manuscript includes work previously published elsewhere, it is the authors' responsibility to obtain permission to use it, and they must indicate that such permission has been granted.

Consents: where recognizable photographs or verbal descriptions are used in an article, written consent from the appropriate person(s) must be submitted to the journal.

Ethical approval: authors of research articles should demonstrate that the research has been approved by a named research ethics committee, that their recommendations have been adhered to, and that written informed consent for participation and publication has been obtained. All case reports and clinical photographs require consent.

Conflict of interest and financial disclosure: authors of articles should declare any financial arrangement with any product or rival product featuring in the article, sources of funding, institutional affiliations, and any possible financial or personal conflicts of interest.

Presentation

All papers

Title page: should include only the title of the paper, the authors' names, degrees, main appointments, and word count. Please identify the corresponding author and give his or her postal address, fax number, and E-mail address.

Summary: on the second page, this should be 150–200 words, covering the aims, method, results, and conclusions of the study; and a shortened form of the title for use as a running foot.

Tables, figures, and appendices: set out on separate pages, not incorporated within the text. Figure and table legends, which should be brief, should be presented on a separate sheet.

Original Articles: these should not normally exceed 3000 words or include more than 25 references. There should be an introductory section (but not headed 'Introduction'), followed by 'Method' (with optional subheadings such as 'Participants' (rather than 'Subjects' and 'Statistical Analysis'), 'Results', and 'Discussion' sections, and a 'Conclusion' if necessary. Subheadings, otherwise, should be kept to a minimum.

Case Reports: these should not normally exceed 1500 words or include more than 15 references. There should be an introductory section as above, followed by the 'Case Report', then a 'Discussion' section, with a 'Conclusion' if appropriate.

Reviews: please ask for special instructions at eanda @mackeith.co.uk

Letters to the Editor: these are published at the Editor's discretion. Please email eanda@mackeith.co.uk to ask for special instructions.

Preparation and Submission: Manuscripts should be double spaced on numbered pages. An electronic copy, with all sections of the paper included in a single file, should be emailed to eanda@mackeith.co.uk, or sent on a disk (the single file should be labelled with first author's name and date, e.g. 'Shah3/12.doc'). This will be acknowledged within 7 days of receipt. One printed copy should be sent to: The Editor, Mac Keith Press, 3rd Floor, 30 Furnival Street, London EC4A 1JQ.

Accuracy: the primary responsibility for accuracy rests with authors. Please take special care with references, checking at source and ensuring journal title abbreviations are accurate (see References).

Selection and publication

Refereeing: all submissions are sent to at least two referees. Authors may suggest three suitable independent referees (with their addresses) but the choice of referee rests with the Editor.

Rejections: about 50% of manuscripts received are rejected. Rejected manuscripts and illustrations will not be returned unless specifically requested.

Fast track publishing: there is usually some delay between the final acceptance of a paper and its publication. However, papers thought to have immediate, clinically important consequences may be considered for fast-track publication. The decision to prioritize remains with the Editor.

Pre-prints: with the Editor's permission, authors may place papers that have been finally accepted, but not yet copy-edited, on their institution's website, saying that the paper has been accepted by DMCN.

Forthcoming articles: when a paper has been completely copy edited and is ready to go to press, it is likely there will be

some delay before it is printed. In these circumstances, the paper will be put on the Mac Keith Press part of the Cambridge University Press website (http://journals.cambridge.org/journal_DevelopmentalMedicineandChildNeurology) as a Forthcoming Article, and will be available for downloading for the usual fee.

Style Points

Jargon: avoid it strenuously. The journal aims to communicate across disciplines, and many of its readers do not have English as their first language, so plain language is always preferred. The Editors will clarify and shorten manuscripts accepted for publication as necessary.

Abbreviations: these must be spelled out in full on first usage in text, figure captions, and table footnotes.

Participant details: give mean (SD) age in years and months (not decimal years) and sex (*n*, not %). Ensure this information is included in the abstract. In the body text indicate where study and comparison groups are from and how participants were selected.

Measurements: use SI units, except for blood pressure (mmHg); convert imperial units to metric. Do not use percentages for sample sizes below 50; use the symbol '%' in tables. Show standard deviations as (SD), not ±. Abbreviate probability with a lower case italicized p.

Numbers: in general, use numerals, but where they occur at the beginning of sentences, spell them out. Spell out numbers 'one' to 'nine' if they refer to nouns which are not units of measurement, e.g. 'The results from four children confirm the findings'.

Equipment: when referring to technical or medical equipment, include (in brackets) the name of the manufacturer, the city, and country of production.

Figures

Electronic: figures should be submitted electronically wherever possible. All images should be a minimum size of 10cm x 10cm and sent as separate files rather than pasted into a Word/Text file.

Photographs should be in the file format 'tiff' or 'eps', with a minimum resolution of 300dpi and be in grayscale.

Graphs and line drawings should be scanned in bitmap mode at a minimum resolution of 1200dpi.

Size: The originals of all figures (photographs, line drawings, and graphs) should be as close as possible to their likely printed size.

Hard copy: where it is not possible to submit figures electronically, please send glossy prints of photographs and line drawings trimmed so that only the essential image is shown. Photocopies are not acceptable. Figures should be labelled on the back with the first author's name, the number of the figure, and where appropriate, an indication to show which way up the figure should be viewed.

Graphs: graphs should be as simple as possible, not three-dimensional, and not framed. Shading should be white, black or strong hatching, not grey. No background lines should be used – only bars and axes. Symbols used should be large enough to remain clear when reduced in size.

Colour: if colour printing of figures is essential for their comprehension, please indicate this. There is normally a charge to the author for printing in colour.

Accepted papers: if a paper is accepted for publication, authors will be asked to submit a copy of all figures without any text or numbers, so that they can be set in the house style.

References

General: The Vancouver style is now used for all papers in DMCN: superscript number in text, with a numerical list of references at the end of the paper. The Journal's style is included in EndNote: please select Vancouver style. Where possible, cite only peer-reviewed, published material. The journal does not recognize abstracts or submitted (as opposed to accepted, or 'Forthcoming') papers as proper citations; submitted material should not be listed with the references but cited only in text, followed by '(personal communication)'.

Journal articles: All authors should be listed with initials, followed by the date, full title of the article, then abbreviated journal title in italics (go to www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html for the Index Medicus list of recognized abbreviations), followed by volume number and page numbers. Page range should be in full (162–168, rather than 162–8), e.g:

Abrams RA, Tsai AM, Watson B, Jamali A, Lieber RL. (2000) Skeletal muscle recovery after tenotomy and 7-day delayed muscle length restoration. *Muscle Nerve* **23:** 707–714.

If an article has only one page number, the nature of the publication should be stated in parentheses at the end of the reference, e.g:

Auvin S, Joriot-Chekaf S, Cuvellier J-C, Vallée C. (2004) Familial alternating hemiplegia of childhood or channelopathy? *Dev Med Child Neurol* **46:** 500. (Letter)

Book – chapter: All authors, followed by date, then chapter title, then editor/authors of book and book title, followed by city/state of publication and publisher's name, then page numbers:

Finnegan LP, Kaltenbach K. (1992) Neonatal abstinence syndrome. In: Hoekelman RA, Nelson NM, editors. *Primary Pediatric Care.* 2nd edn. St. Louis: Mosby Yearbook, Inc. p 1367–1378.

Book – whole book: All authors/editors, followed by date, title of book, then city/state of publication and publisher's name. Page numbers are not necessary:

Mesibov GB, Kunce L, Schopler E. (1998) *Asperger Syndrome or High Functioning Autism? Current Issues in Autism.* New York: Plenum Press.

Web references: If no published print reference is available, please supply the author names, full title, and full URL including the date on which the site was accessed.

Offprints and Reprints

Authors of Original Articles, Case Reports, and Annotations receive 25 free offprints of the paper soon after publication. Reprints may be ordered when returning proofs. Please send no payment: an invoice will be sent shortly after you receive the reprints.