

Camila Guimarães Mendes

**PARTICIPAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE
NAS TAREFAS DOMÉSTICAS**

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Universidade Federal de Minas Gerais
2014

Camila Guimarães Mendes

**PARTICIPAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE
NAS TAREFAS DOMÉSTICAS**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Profa. Dra. Marisa Cotta Mancini
Co-orientadora: Profa. Dra. Adriana Drummond

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Universidade Federal de Minas Gerais
2014

Resumo

Este estudo transversal exploratório avaliou a associação entre sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), comorbidades psiquiátricas e o desempenho e assistência disponibilizada pelos cuidadores em tarefas de cuidado próprio e cuidado familiar, bem como o valor explanatório de sintomas, idade e sexo nos mesmos desfechos. Setenta e um pais e responsáveis de crianças e adolescentes com TDAH, de 6 e 14 anos de idade, foram entrevistados pelo *Children Helping Out: Responsibilities, Expectations and Supports* (CHORES). Índices de correlação parcial, controlando por efeitos de idade e sexo, e revelaram associação negativa entre número de sintomas de oposição e tarefas de cuidado próprio nos desfechos de desempenho ($p=0,01$) e de assistência ($p=0,009$). Modelos de regressão múltipla evidenciaram o valor explanatório deste tipo de sintoma e seus co-variantes (idade e sexo) nos desfechos de desempenho e assistência em tarefas de cuidado próprio. Os resultados deste estudo revelaram que os sintomas de oposição associados ao diagnóstico de TDAH impactam negativamente no número de tarefas de cuidado próprio desempenhadas pelas crianças e adolescentes, além de demandarem maior assistência do cuidador.

Palavras-chave: TDAH, participação, criança, adolescente, tarefas domésticas

Sumário

1. Introdução.....	5
2. Método.....	7
2.1 Participantes.....	7
2.2 Instrumentação.....	8
2.2.1 Variáveis descritivas	8
2.2.2 Variáveis de desfecho	9
2.3 Procedimentos.....	10
2.4 Análise dos Resultados.....	10
3.Resultados.....	11
3.1 Características sócio-demográficas e clínicas da amostra.....	11
3.2 Participação das crianças e adolescentes nas tarefas domésticas.....	12
4.Discussão.....	13
Referências.....	16
Anexos.....	19
Anexo A_ Versão em português do <i>Swanson Noland and Pelham-IV</i> (SNAP IV)...	19
Anexo B_ Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports (CHORES).....	20
Anexo C _ Normas da Revista <i>Research in Developmental Disabilities</i>.....	27

1. Introdução

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma condição heterogênea associada a impactos funcionais importantes em várias dimensões da vida do indivíduo. Essa heterogeneidade pode estar ilustrada, em parte, pela sintomatologia, bem como pela presença de comorbidades que contribuem para quadros clínicos com apresentações diversas, resultando em perfis distintos de funcionalidade (Harpin, 2005; Engel-Yeger, Ziv-On, 2012; Kawabata, Tseng & Gau 2012; Lee, Falk, Aguirre, 2012; Takeda, Ambrosini, de Berardinis, Elia, 2012; Booster, DuPaul, Eiraldi et al., 2012; Garner, et al. 2013).

A manifestação dos sintomas de hiperatividade, impulsividade e desatenção, com prejuízos identificados em diferentes contextos de referência como a casa e a escola, é um elemento importante para definição do diagnóstico (APA, 1994). Estudos demonstram que o desempenho na escola de crianças com TDAH é inferior quando comparadas às crianças sem TDAH, além de apresentarem dificuldades nas relações interpessoais (Harpin, 2005; Kawabata, Tseng & Gau, 2012; Garner, et. al. 2013). Os impactos negativos dos sintomas da condição de TDAH são distintos, sendo descritos mecanismos diferentes de comprometimento no desempenho escolar. Esses sintomas podem apresentar-se nos seguintes comportamentos: pobre concentração em sala de aula, dificuldades no aprendizado da leitura e de conceitos básicos da matemática, inquietação e altos níveis de atividade motora (Lahey, Pelham, Stein et al., 1998; Spira & Fischel, 2005; Harpin, 2005; Daley & Birchwood, 2010; Engel-Yeger, Ziv-On, 2012). Tais características comportamentais podem trazer consequências negativas na relação dessas crianças com seus pares, tais como rejeição pelos colegas, isolamento social e baixa autoestima (Kawabata, Tseng & Gau 2012; Booster, DuPaul, Eiraldi et al., 2012; Garner, et. al. 2013).

Problemas de atenção podem limitar as oportunidades dessas crianças adquirirem habilidades sociais e aprenderem os conteúdos dados em sala de aula, por meio da observação (Kawabata, Tseng & Gau 2012). Por outro lado, os sintomas de hiperatividade e impulsividade podem provocar maior irritabilidade, comportamentos inadequados e aversivos na relação com os pares, e limitar oportunidades para a criança participar em sala de aula, reduzindo assim suas chances de aprender com os colegas e professores (Kawabata, Tseng & Gau 2012). É relativamente comum observar crianças com TDAH serem repreendidas pelo(a) professor(a) ou mesmo expulsas da sala de aula (Daley &

Birchwood, 2010). Em acréscimo, a presença de comorbidades psiquiátricas associadas ao quadro de TDAH parece agravar esses prejuízos (Lee, Falk, Aguirre, 2012; Garner et.al., 2013; Harris, Stoppelbein, Greening et.al, 2014). Os transtornos de ansiedade, depressão e de aprendizagem tendem a comprometer o desempenho escolar da criança, enquanto os transtornos de oposição e transtornos de conduta parecem provocar, principalmente, problemas nas relações sociais (Kawabata, Tseng & Gau 2012; Garner, O'Connor, Megan et al, 2013; Danforth, Connor & Doerfler, 2014).

Outro contexto no qual a condição de TDAH se manifesta com prejuízos funcionais significativos é o ambiente domiciliar que se constitui uma referência primária de participação infantil (Amaral, Paula, Drummond et al., 2012). Dunn e colaboradores (2009) compararam a participação de crianças com e sem TDAH no ambiente doméstico. Os resultados mostraram que apesar de crianças com TDAH desempenharem um número semelhante de tarefas domésticas, comparadas a crianças sem TDAH, as primeiras apresentaram-se mais dependentes (Dunn, Coster, Orsmond et al., 2009). Os mesmos autores investigaram também os fatores que influenciaram a participação dessas crianças nas tarefas domésticas e verificaram que fatores pessoais como a idade e o diagnóstico de TDAH, e fatores ambientais, como a presença de um irmão mais velho, a importância dada pelos pais ao envolvimento da criança na rotina familiar e o nível de estresse dos pais são alguns dos preditores significativos tanto de quantidade de tarefas realizadas quanto do tipo de assistência disponibilizada pelos pais (Dunn, Coster, Cohn et al., 2009).

Até o momento, os impactos do TDAH no contexto domiciliar têm sido investigados através da comparação com crianças sem TDAH. Entretanto, sabe-se que o TDAH é uma condição heterogênea, cuja variabilidade na apresentação clínica dos sintomas e a presença de comorbidades psiquiátricas podem gerar limitações funcionais diversas. Torna-se necessário compreender como esses diferentes aspectos clínicos (i.e., sintomas e comorbidades) impactam na participação da criança com TDAH nas tarefas domésticas. A identificação de perfis de participação na rotina domiciliar de crianças com TDAH nos seus diferentes quadros clínicos, poderá contribuir no processo diagnóstico e também nortear ações clínicas de avaliação e de intervenção com essa população.

O objetivo deste estudo é avaliar a associação entre sintomas de TDAH, comorbidades psiquiátricas e desempenho de crianças e adolescentes nas tarefas domésticas e a assistência disponibilizada pelos cuidadores. Este estudo objetivou

também avaliar o valor explanatório de sintomas, idade e sexo nos mesmos desfechos de participação em tarefas domiciliares.

2. Método

2.1 Participantes

Participantes foram pais ou responsáveis e suas crianças e adolescentes, com idade entre 6 e 14 anos, que faziam consulta ou avaliação no Ambulatório de Psiquiatria Borges da Costa, que integra o complexo do Hospital das Clínicas da UFMG de Belo Horizonte/MG. Nesse local, crianças e adolescentes são acompanhadas mensalmente e avaliadas por um grupo de especialistas, visando o diagnóstico e tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Foram recrutados para o estudo os pais ou responsáveis das crianças e adolescentes que preencheram os critérios diagnósticos de TDAH e que apresentaram percentil mínimo de 10 no Teste de Inteligência de Raven (Pasquali, Wechsler, Bensusan, 2002). O diagnóstico foi estabelecido pelos critérios do DSM-5 (APA, 2013), e confirmados com os resultados da versão brasileira do *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children/ Present and Lifetime Version* (KSADS-PL) (Kaufman, Birmaher, Brent et al., 1997). As avaliações foram realizadas pela equipe responsável pelo ambulatório, composta por psiquiatras, residentes em psiquiatria e neuropsicólogos. A definição final do diagnóstico das crianças da amostra, resultou de reunião desses especialistas para discutir os casos, pautando-o nas informações disponibilizadas pelos pais e pelas crianças/adolescentes.

Por meio do KSADS-PL, foi possível identificar as comorbidades psiquiátricas associadas ao diagnóstico de TDAH. Assim, os participantes foram alocados em cinco grupos, sendo eles: TOD (Transtorno Opositivo Desafiador), TA (Transtorno de Ansiedade), TEA (Transtorno do Espectro Autista), TDAH puro (sem comorbidade) e HI- puro (hiperativo puro). As crianças incluídas no grupo HI-puro foram aquelas que preencheram os critérios para o diagnóstico de TDAH, porém com um número maior de sintomas de hiperatividade. Em geral, essas crianças tendem, ao longo do tempo, ter uma

redução significativa desses sintomas ou até extinção dos mesmos (Garner et.al., 2013), o que justifica a sua inclusão em um grupo separado.

2.2 Instrumentação

2.2.1 Variáveis descritivas

O *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children/ Present and Lifetime Version* (KSADS-PL) foi utilizado no processo diagnóstico das crianças e adolescentes da amostra. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada projetada para avaliar crianças e adolescentes, na idade de 6 a 18 anos, no momento atual e passado, segundo os critérios do DSM-IV e IIR. O instrumento é administrado com os pais e, quando possível, com as crianças/adolescentes. Havendo discordância entre diferentes fontes de informações, cabe ao avaliador tomar a decisão baseada em seu melhor julgamento clínico (Kaufman, Birmaher, Brent et al., 1997).

Para identificação do número de sintomas de TDAH, foi utilizada a versão brasileira do *Swanson Noland and Pelham-IV* (SNAP IV), um questionário de triagem para TDAH e Transtorno Opositivo Desafiador, baseado nos critérios estabelecidos pelo DSM (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde et al., 2006). A escala é composta por 26 itens, divididos em três sub-escalas: desatenção (nove itens), hiperatividade /Impulsividade (nove itens) e comportamento de oposição (oito itens) (Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde et al., 2006). Os itens são pontuados em uma escala de 4 pontos (0=nem um pouco, 1=só um pouco, 2=bastante e 3=demais). Esse instrumento é sensível aos efeitos de diferentes tratamentos, sendo portanto de grande utilidade na clínica. Os participantes foram caracterizados pelo número de sintomas de desatenção, hiperatividade e oposição, por meio do número de itens pontuados com escores 2 e 3 nas três subescalas. Este instrumento foi aplicado pela mesma equipe que estabeleceu o diagnóstico com a administração do KSADS-PL.

Para caracterização dos níveis socioeconômicos dos pais, foi utilizado o Critério de Classificação Econômico Brasil (ABEP, 2012). Trata-se de um questionário semi-estruturado que inclui informações sobre a posse e quantidade de bens duráveis no domicílio, a quantidade de banheiros, a existência de empregada mensalista no domicílio e o grau de instrução do chefe de família. O critério atribui pontos para cada uma dessas

características domiciliares, que são somados resultando em um escore final. Os escores correspondem às categorias distintas de classes econômicas: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E. Para este estudo, foram utilizadas essas categorias de classes econômicas.

2.2.2 Variáveis de desfecho

A participação das crianças nas tarefas domésticas foi documentada com o *Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports (CHORES)* (Dunn, 2004). Trata-se de um questionário para pais e cuidadores, com objetivo de mensurar a participação em tarefas do contexto domiciliar de crianças e adolescentes de idade entre 6 e 14 anos (Dunn, 2004). Recentemente, este teste foi traduzido para o Português-Brasil (Amaral, Paula, Drummond et al., 2012).

O CHORES é constituído por duas partes, sendo uma com questões fechadas e outra com questões abertas. A parte I possui 34 itens, que constituem tarefas domésticas categorizadas em duas subescalas: a subescala de tarefas de cuidado próprio (13 itens) e a subescala de tarefas de cuidado familiar (21 itens) (Dunn, 2004). As tarefas de cuidado próprio compreendem aquelas que envolvem as necessidades e os pertences da criança/adolescente em seu próprio espaço, por exemplo “colocar a roupa suja no lugar determinado” e “preparar o próprio lanche”; as tarefas de cuidado familiar envolvem necessidades e pertences de interesse comum da família e espaço domiciliar comum, por exemplo “lava a louça” e “arruma ou tira a mesa” (Dunn, 2004).

Para cada item, existem dois tipos de respostas, uma dicotômica, que informa sobre o desempenho da criança (1 = a criança faz a tarefa; 0 = a criança não faz a tarefa), e uma escala Likert de 6 pontos para detalhar o tipo e a quantidade de assistência disponibilizada para a criança na tarefa que ela receber escore “1” no desempenho (1= a criança não consegue; 2= muita ajuda; 3= alguma ajuda; 4= supervisão; 5= quando solicitado; 6= por iniciativa própria mais de 50% das vezes). O desempenho da criança é, portanto, calculado pelo número de atividades realizadas por ela. São gerados 6 escores: desempenho e assistência total da criança, bem como do desempenho e assistência em cada subescala. Escores elevados de desempenho indicam que a criança realiza um número grande de tarefas de casa; maiores escores de assistência indicam maior independência nas tarefas domiciliares (Dunn, 2004; Amaral, Paula, Drummond et al., 2012).

A parte de questões abertas do CHORES (parte II) consiste em entrevista semiestruturada que aborda valores e crenças dos pais com relação a participação de seus filhos nas atividades domésticas (Dunn, Coster, Cohn et al., 2009). Para o presente estudo, foi utilizada somente a parte I do CHORES.

Este instrumento, quando utilizado na versão traduzida para o português com crianças com desenvolvimento normal e com deficiência (paralisia cerebral e síndrome de Down), apresentou índices de confiabilidade teste-reteste superiores a 0,90, evidenciando forte consistência dos escores do CHORES quando administrado em intervalo de até 14 dias (Amaral, Drummond, Coster et al., 2014).

2.3 Procedimentos

O Critério de Classificação Econômica da ABEP e o CHORES foram administrados pela aluna de graduação, em um único dia para cada participante, com duração de 20 a 30 minutos e ocorreu no Ambulatório de Psiquiatria Borges da Costa, mesmo local em que as crianças eram atendidas e/ou avaliadas. A partir do preenchimento dos critérios diagnósticos para TDAH, os pais ou responsáveis foram informados sobre os procedimentos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este estudo é parte do Projeto de Pesquisa do Departamento de Pediatria/Faculdade de Medicina/UFMG, intitulado “Avaliação multidimensional de indivíduos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade” aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CAE: 02899412.9.0000.5149).

2.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados de forma descritiva e inferencial. Índices de média, desvio padrão e frequência foram utilizados para caracterizar os participantes conforme sintomatologia e comorbidades, nas variáveis idade, sexo e nível socioeconômico da família.

A associação entre sintomatologia, comorbidades e cada um dos três desfechos de participação em tarefas domiciliares (desempenho, assistência e independência em

cuidado próprio e cuidado familiar) foi testada pela correlação de Pearson e posteriormente, por índices de correlação parcial, controlando pelos efeitos das variáveis idade e sexo. O valor explanatório das variáveis que apresentaram efeito significativo na correlação parcial foi evidenciado por modelo de regressão linear múltipla.

As análises foram realizadas utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. O nível de significância adotado no estudo foi $\alpha=0,05$.

3. Resultados

3.1 Características sócio-demográficas e clínicas da amostra

Características descritivas da amostra, conforme grupos de comorbidades e sintomas de TDAH encontram-se na Tabela 1. A amostra deste estudo foi composta por 71 crianças e adolescentes com TDAH, sendo 58 (81,7%) do sexo masculino e 13 (18,3%) do sexo feminino. A média de idade (em meses) das crianças e adolescentes foi de 9,7 anos (DP=2,4). A média de QI foi de 53,5 (DP=26) (Pasquali, Wechsler, Bensusan, 2002).

De modo geral, a média de sintomas de desatenção, hiperatividade e oposição, foi de 7,45 (DP=1,66), 6,93 (DP=2,3) e 3,7 (DP= 2,6), respectivamente. Quase metade das crianças e adolescentes (n=31, 43,7%) apresentaram outras comorbidades associadas ao TDAH, sendo o Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) a mais frequente (n=21, 67.7%).

A maioria dos entrevistados foram mães (76%, n=71). A maior parte das famílias (67.6%, n=71) eram do nível socioeconômico C, de acordo com a Classificação Econômica da ABEP (2012).

Tabela 1: Características descritivas da amostra

		Grupos TDAH_Comorbidades*					Sintomas de TDAH ** (SNAP IV)			Total* (n=71)
		TOD (n=21)	TA (n=8)	TEA (n=2)	Puro (n=38)	HI puro (n=2)	D	HI	O	
Idade	6-10	15	4	1	30	1	7,5 (1,7)	7.2 (1.9)	3.5 (2.6)	51
	11-14	6	4	1	08	1	7.5 (1.5)	6,0 (2.7)	4.4 (2.7)	20
Sexo	M	18	5	2	31	2	7.3 (1.7)	6.9 (2.3)	3.5 (2.6)	58
	F	3	3	0	7	0	8.1 (1.2)	7,0 (2.2)	4.9 (2.8)	13
NSE	B	5	1	1	14	0	7.7 (1.6)	7.8 (1.7)	4.3 (2.5)	21
	C	16	7	1	22	2	7.4 (1.7)	6.5 (2.4)	3.5 (2.7)	48
	D	0	0	0	2	0	7,0 (1.4)	7.5 (2.1)	2.5 (2.1)	2

TOD, Transtorno Opositivo Desafiador; TA, Transtornos de Ansiedade; TEA, Transtornos do Espectro Autista; HI, hiperativo; D, desatenção; O, oposição; QI, coeficiente intelectual; DP, desvio padrão.

*Indica frequência

**Indica média e (desvio padrão)

3.2 Participação das crianças e adolescentes nas tarefas domésticas

Correlações entre o número de sintomas de TDAH e as subescalas do CHORES, controlando por efeitos de idade e sexo, foram significativas apenas para o número de sintomas de oposição e os desfechos de desempenho e assistência na subescala de cuidado próprio (Tabela 2). A associação foi negativa para ambos os desfechos (desempenho e assistência, na subescala de cuidado próprio) e apresentou coeficiente de magnitude fraca. Nos grupos de comorbidades as correlações não apresentaram estatística significativa.

Tabela 2: Correlação entre a participação domiciliar e o número de sintomas de TDAH.

	Desatenção	Hiperatividade	Oposição
Desempenho			
Cuidado próprio	0,102	-0,030	*-0,298
Cuidado familiar	-0,108	-0,100	-0,058
Total	0,003	0,075	-0,206
Assistência			
Cuidado próprio	0,062	-0,108	*-0,312
Cuidado familiar	-0,093	-0,128	-0,039
Total	-0,020	-0,138	-0,203

*Correlação significativa ($p < 0.05$).

Os resultados dos modelos de regressão linear estão apresentados na Tabela 3. Os modelos foram aplicados somente às variáveis que apresentaram significância estatística na correlação parcial, a fim de quantificar a contribuição explanatória do número de sintomas de oposição nos desfechos de cuidado próprio (desempenho e assistência).

Tabela 3: Modelos de regressão: contribuição explanatória do número de sintomas de oposição, idade e sexo nos desfechos de desempenho e assistência no cuidado próprio.

Modelo	DCP ($R^2_{aj}=0.25$, $F=8,86$)					ACP ($R^2_{aj}=0.25$, $F=9,00$)				
	B	EP-B	β	t	p	B	EP-B	β	t	p
Nº Sintomas de oposição	-0,26	0,10	-0,27	-2,55	0,013	-1,41	0,52	-0,28	-2,69	0,009
Idade (anos)	0,41	0,11	0,38	0,38	0,000	2,32	0,56	0,42	4,11	0,0001
Sexo	-2,36	0,70	-0,35	-0,35	0,001	-9,84	3,56	-0,29	-2,76	0,007

DCP= desempenho no cuidado próprio; ACP= assistência no cuidado próprio; R^2_{aj} = coeficiente de determinação ajustado; B= unstandardized coefficient; EP-B= erro padrão de B; t = valor da distribuição t de Student; β = standardized coefficients; p = valor-p de significância estatística.

4. Discussão

Os resultados revelam que sintomas de oposição estão associados ao desempenho e assistência de crianças e adolescentes com TDAH nas tarefas de cuidado próprio. A direção da correlação encontrada indicou que quanto maior o número de sintomas de oposição, menor é o escore de desempenho em tarefas de cuidado próprio, ou seja, menor é o número de tarefas realizadas, e maior é a assistência disponibilizada pelos cuidadores.

Para o desempenho nas tarefas domésticas, os cuidadores precisam permitir às crianças e adolescentes o acesso às tarefas e possibilitar oportunidades para sua aprendizagem. No entanto, é necessária a aceitação da solicitação, ordem e/ou orientação dos adultos, bem como a prontidão da criança para iniciar, prosseguir e repetir as experiências que oportunizam a construção da independência nas tarefas domésticas (Dunn, 2004; Dunn, Coster, Cohn et al., 2009). Como os sintomas de oposição são caracterizados por comportamento negativista, desobediente e hostil frente às autoridades (Paap, Haraldsen, Breivik et. al., 2013) torna-se um fator limitante para acesso dessas crianças às oportunidades de aprendizagem no ambiente domiciliar. Estudos já apontam que esses sintomas podem afetar negativamente o curso e o prognóstico do TDAH em si,

a dinâmica familiar e o funcionamento acadêmico e social da criança/adolescente (Steiner, Remsing, 2007; Takeda, Ambrosini, de Berardinis, Elia, 2012; Danforth, Connor & Doerfler, 2014). Diante disso, os cuidadores precisam também disponibilizar mais assistência para que as crianças realizem as tarefas domésticas.

A presença de sintomas de oposição não implica necessariamente na presença de TOD, embora ambos se relacionem. O processo de diagnóstico de TOD considera os fatores contextuais (i.e., estrutura familiar, patologia dos pais, histórico familiar) e clínicos (i.e., episódios de psicopatologia no momento atual e no passado), além do número e tipo de sintomas. Portanto, é possível que este estudo não tenha encontrado correlação entre TOD e os desfechos do CHORES, porque essa condição de saúde é perpassada por outros fatores que não foram investigados, como a presença de alguma patologia psiquiátrica nos pais e práticas parentais (Deault, 2009; Connor, Steeber, McBurnett, 2010; Danforth, Connor, Doerfler, 2014).

É possível que ausência de efeito dos sintomas de hiperatividade esteja relacionada com as próprias características das tarefas domésticas, que já são mais dinâmicas e requerem, em geral, maior movimentação e apesar de a realização dessas tarefas demandarem atenção, não são como as tarefas escolares. Dessa forma, dentre o conjunto de sintomas analisados, sobressaem os de oposição.

Os resultados revelaram também que a idade e o sexo são fatores associados ao desempenho e assistência nas tarefas de cuidado próprio. Os modelos de regressão múltipla revelaram que quanto maior a idade, maior é o desempenho nas tarefas de cuidado próprio e menor é a assistência disponibilizada pelos cuidadores. Crianças do sexo masculino desempenham menos tarefas de cuidado próprio e recebem mais assistência para realização das mesmas, em comparação às de sexo feminino. A participação das crianças nas tarefas domésticas tem início entre 4 e 6 anos, momento em que a maior parte das tarefas são voltadas para interesses pessoais como “arrumar a própria cama” e “preparar o próprio lanche”. Além disso, é possível que os pais enfatizem e esperem da criança a realização de tarefas de cuidado próprio mais precocemente, uma vez que elas são menos complexas do que as tarefas de cuidado familiar (Dunn, Coster, Orsmond et. al, 2009). Na pré-adolescência, entre 11 e 14 anos, os pais transferem outras responsabilidades diárias, mais relacionadas a interesses comuns a todos os membros da família, como “arrumar uma área compartilhada com os outros” e “preparar um lanche

para a família” (Godnow, 1996). Considerando que a amostra do presente estudo é composta, em sua maioria, por crianças na faixa etária entre 6 e 10 anos, essa pode ser uma possível explicação para a associação encontrada apenas no desfecho de cuidado próprio. Esse resultado corrobora com o de estudos mais recentes, na população brasileira, que mostraram que crianças na idade de 6 e 10 anos desempenham mais tarefas de cuidado próprio do que de cuidado familiar (Amaral, Drummond, Coster et al., 2014; Drummond, 2014).

Os resultados deste estudo não podem ser generalizados para todas as crianças e adolescentes com TDAH. Não se sabe se os mesmos efeitos encontrados estariam presentes em crianças de outros níveis socioeconômicos e se os mesmos permanecem com o avançar da idade. Além disso, não foi realizada análise estatística, controlando QI, que pode ter sido um fator de confusão. Estudos futuros para continuidade da investigação sobre o efeito dos aspectos clínicos do TDAH na participação em tarefas domésticas, devem testar efeitos de fatores contextuais como estilos parentais e patologia dos pais.

Sintomas de oposição associados ao diagnóstico de TDAH impactam negativamente no número de tarefas de cuidado próprio desempenhadas pelas crianças e adolescentes, além de demandarem maior assistência do cuidador.

Conflitos de interesse

Os autores declararam nenhum conflito de interesse.

Agradecimentos

Este estudo foi apoiado por integrantes do Núcleo de Investigações sobre a Impulsividade e Atenção (NITIDA) e docentes do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Referências

- Amaral, M.F., Drummond, A., Coster, W.J., Mancini, M.C. (2014). Household task participation of children and adolescents with cerebral palsy, Down syndrome and typical development. *Research in Developmental Disabilities*, v. 35, n. 2, p. 414–422, feb. 2014.
- Amaral, M.F., Paula, R.L., Drummond, A., Dunn, L., Mancini, M.C. (2012). Tradução do questionário Children Heping 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. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 16 (6),515-522.
- American Psychiatric Association (APA). (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC, USA.
- American Psychiatric Association (APA). (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*, 5th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC, USA.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (ABEP). (2012). *Dados com Base no Levantamento Sócio Econômico - 2005 - IBOPE*. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>>. Acesso em 05 Maio 2012.
- Booster, G. D., DuPaul, G. J., Eiraldi, R., & Power, T. J. (2012). Functional impairments in children with ADHD: unique effects of age and comorbid status. *Journal of Attention Disorders*, 16(3), 179–189.
- Connor, D.F., Steeber, J., McBurnett, K. (2010). A Review of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Complicated by Symptoms of Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder. *J Dev Behav Pediatr.*, 3,427–440.
- Daley, D., & Birchwood, J. (2010). ADHD and academic performance: Why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom? *Child: Care, Health and Development*, 36, 455–464.
- Danforth, J.S, Connor, D.F, Doerfler, L.A. (2014). The Development of Comorbid Conduct Problems in Children With ADHD: An Example of an Integrative Developmental Psychopathology Perspective. *Journal of Attention Disorders*. 10, 1-16.
- Dealt, L.C. A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). (2010). *Child Psychiatry Hum Dev.*, 41,168–192.
- Drummond, A.F. Participação de crianças e adolescentes nas tarefas domésticas [tese]. [Belo Horizonte (MG)]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. 125p.
- Dunn, L. (2004). Validation of the CHORES: A measure of school aged children's participation in household tasks. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11, 179–190.

Dunn, L., Coster, W.J., Cohn, E.S., & Orsmond, G.I. (2009). Factors associated with participation of children with and without ADHD in household tasks. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 29 (3), 274–294.

Dunn, L., Coster, W.J., Orsmond, G.I., & Cohn, E.S. (2009). Household task participation of children with and without attentional problems. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 29 (3), 258–273.

Engel-Yeger, B., Ziv-On, D. (2011). The relationship between sensory processing difficulties and leisure activity preference of children with different types of ADHD. *Res Dev Disabil*, 32, 1154–1162.

Garner, A.A., O'Connor B.C., Narad, M.E., Tamm L., Simon J., Epstein, J.N. (2013). The relationship between ADHD symptom dimensions, clinical correlates, and functional impairments. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 34, 469–477

Goodnow, J. J. (1996). From household practices to parents' ideas about work and interpersonal relationships. In S. Harkness & C. M. Super (Eds.), *Parents' cultural belief systems: Their origins, expressions, and consequences* (pp. 313–344). New York: The Guildford Press.

Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 2–7.

Harris, A.N., Stoppelbein, L., Greening, L., Becker, S.P., Luebbe, A., Fite, P. (2014). Child routines and parental adjustment as correlates of internalizing and externalizing symptoms in children diagnosed with ADHD. *Child Psychiatry Hum Dev.*, 45, 243-253.

Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N (1997) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(7), 980–988

Kawabata, Y., Tseng, W.L., Gau, S.S. (2012). Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and social and school adjustment: the moderating roles of age and parenting. *J Abnorm Child Psychol*, 40(2), 177-188.

Lahey, B.B., Pelham, W. E., Stein, M. A., Loney, J., Trapani, C., Nugent, K., Kipp, H., Schmidt, E., Lee, S., Cale, M., Gold, E., Hartung, C. M., Willcutt, E. & Baumann, B. (1998). Validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder for younger children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(7), 695-702.

Lee, S.S., Falk, A.E., Aguirre, V.P. (2012). Association of comorbid anxiety with social functioning in school-age children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Research*, 197, 90–96

Mattos, P, Serra-Pinheiro, M.A, Rohde, L, Pinto D. (2006). Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas

de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 28(3), 290-297.

Paap, M.C.S., Haraldsen, I.R., Breivik, K., Butcher, P.R., Hellem, F.M., Stormark, K.M. (2013). The Link between Peer Relations, Prosocial Behavior, and ODD/ADHD Symptoms in 7–9-Year-Old Children. *Psychiatry Journal.*, 1-10.

Pasquali, L., Wechsler, S., Bensusan, E. (2002). Matrizes Progressivas do Raven Infantil: um estudo de validação para o Brasil. *Aval. Psicol.*, 1(2), 95-110.

Spira, E.G. & Fischel, J.E. (2005). The impact of preschool inattention, hyperactivity, and impulsivity on social and academic development: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 755-773.

Steiner, H., Remsing, L. (2007). Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 46, 126–141.

Takeda T, Ambrosini PJ, de Berardinis R, Elia J. (2012). What can ADHD without comorbidity teach us about comorbidity? *Research in Developmental Disabilities*, 33, 419–425.

Anexo A

Versão Portuguesa do Swanson Noland and Pelham-IV (SNAP IV)



MTA-SNAP-IV – Escala sobre o comportamento da CRIANÇA/ADOLESCENTE

Nome da criança/adolescente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Ano/Série: ____/____ Sala: _____

Nome do Informante: _____ Responsável Professor(a)

Contacto do informante (telefone e/ou e-mail): _____ Data de hoje: ____/____/____

*Por favor, responda as questões abaixo referentes à criança/adolescente participante. Para cada item, escolha a coluna que **melhor** descreve a criança/adolescente, NESTE MOMENTO. (CIRCULE o número que corresponde à coluna desejada):*

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.	0	1	2	3
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.	0	1	2	3
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.	0	1	2	3
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.	0	1	2	3
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.	0	1	2	3
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.	0	1	2	3
7. Perde coisas necessárias para atividades (p.ex.: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).	0	1	2	3
8. Distrai-se com estímulos externos.	0	1	2	3
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia.	0	1	2	3
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.	0	1	2	3
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.	0	1	2	3
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado.	0	1	2	3
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.	0	1	2	3
14. Não pára ou freqüentemente está a "mil por hora".	0	1	2	3
15. Fala em excesso.	0	1	2	3
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas.	0	1	2	3
17. Tem dificuldade de esperar sua vez.	0	1	2	3
18. Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo, mete-se nas conversas/jogos).	0	1	2	3
19. Descontrola-se.	0	1	2	3
20. Discute com adultos.	0	1	2	3
21. Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos.	0	1	2	3
22. Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas.	0	1	2	3
23. Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento.	0	1	2	3
24. É irritável ou facilmente incomodado pelos outros.	0	1	2	3
25. É zangado e ressentido.	0	1	2	3
26. É maldoso ou vingativo.	0	1	2	3

Alguns desses comportamentos estão presentes antes dos 7 anos de idade? () Sim () Não

Esses comportamentos causam dificuldades em casa, na escola, nas relações sociais da criança/adolescente ou em outras áreas importantes? () Sim () Não

Anexo B

Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports (CHORES)

©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	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		X					
B. Lava o carro <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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 Maira 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
2. Arruma o próprio quarto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
3. Arruma a própria cama <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
4. Arruma área compartilhada com outros <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
5. Guarda as próprias roupas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
6. Prepara seu próprio lanche ¹ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
7. Prepara refeições frias ² para si mesmo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
8. Prepara parte de uma refeição fria ² para a família <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
9. Prepara refeições quentes ³ para si mesmo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
10. Prepara parte de uma refeição quente ³ para a família <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
11. Arruma ou tira a mesa <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
12. Traz ou guarda as compras de supermercado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
13. Lava a louça (ou a coloca na lava-louças) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							

¹Lanche: já preparado²Refeições frias: não uso do fogão e do microondas³Refeições quentes: uso do fogão e do microondas

Tradução realizada por Maira 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) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
15. Leva o lixo para fora (orgânico, reciclável) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
16. Limpa o banheiro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
17. Coloca a própria roupa suja no local determinado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
18. Guarda sua roupa limpa <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
19. Separa a roupa suja da família <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
20. Guarda a roupa limpa da família <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
21. Opera a máquina de lavar roupas e/ou secadora de roupas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
22. Varre ou passa pano no próprio quarto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
23. Tira a poeira do próprio quarto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
24. Varre ou passa pano na casa <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
25. Tira a poeira da casa <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
26. Cuida das plantas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							

Tradução realizada por Máira 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
28. Cuida do(s) irmão(s) mais novo(s) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
29. Cuida de outros membros da família <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
30. Organiza seu material escolar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
31. Organiza seus pertences para eventos extra-escolares <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
32. Anota um recado de telefone <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
33. Cumpre afazeres fora de casa <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
34. Pega a correspondência ou o jornal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							

COMENTÁRIOS:

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

- Por favor, liste as quatro (4) tarefas que você acredita serem as mais importantes para sua criança realizar.
A. _____ B. _____
C. _____ D. _____
- Quais tarefas domésticas mais interessam sua criança?

Tradução realizada por Máira 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 Às vezes Às vezes sem Pouco Sem nenhuma
 Importante (6) (5) Importante (4) Importância (3) Importante (2) 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 Um pouco Um pouco Insatisfeito Muito
 Satisfeito (6) (5) Satisfeito (4) Insatisfeito (3) (2) 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 frequência você tem sido bem-sucedido nesta tarefa?

Tradução realizada por Maira 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.

Informações Demográficas

Sobre o(s) Cuidador(es)	
<p>Sobre você</p> <p><u>Sua relação com a criança:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Mãe</p> <p><input type="checkbox"/> Pai</p> <p><input type="checkbox"/> Avó</p> <p><input type="checkbox"/> Avô</p> <p><input type="checkbox"/> Guardião</p> <p><input type="checkbox"/> Outro</p> <p>Quantas crianças moram na sua casa?</p> <p>_____</p> <p>Qual(is) a(s) idade(s) da(s) outra(s) criança(s)?</p> <p>_____</p> <p>Você está empregado(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Ocupação: _____</p> <p>Horas de trabalho/ semana ____ Idade: ____</p> <p align="center"><u>Marque sua escolaridade</u></p> <p><input type="checkbox"/> Não estudou</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1ª à 9ª série) incompleto</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1ª à 9ª série) completo</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino médio completo</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto (pelo menos um ano) ou curso profissionalizante</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino superior completo</p> <p><input type="checkbox"/> Pós graduação</p>	<p>Há outros cuidadores em sua casa?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (complete os itens abaixo)</p> <p><input type="checkbox"/> Não (vá para o item "Sobre sua Criança")</p> <p><u>Relação com a criança:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Mãe</p> <p><input type="checkbox"/> Pai</p> <p><input type="checkbox"/> Avó</p> <p><input type="checkbox"/> Avô</p> <p><input type="checkbox"/> Guardião</p> <p><input type="checkbox"/> Outro</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhum</p> <p>O outro cuidador está empregado(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Ocupação: _____</p> <p>Horas de trabalho/ semana ____ Idade: ____</p> <p align="center"><u>Marque a escolaridade</u></p> <p><input type="checkbox"/> Não estudou</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1ª à 9ª série) incompleto</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1ª à 9ª série) completo</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino médio completo</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto (pelo menos um ano) ou curso profissionalizante</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino superior completo</p> <p><input type="checkbox"/> Pós graduação</p>

©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 C

Normas da Revista Research in Developmental Disabilities



RESEARCH IN DEVELOPMENTAL DISABILITIES

AUTHOR INFORMATION PACK

TABLE OF CONTENTS

ISSN: 0891-4222

●	Description	p.1
●	Audience	p.1
●	Impact Factor	p.1
●	Abstracting and Indexing	p.2
●	Editorial Board	p.2
●	Guide for Authors	p.4

DESCRIPTION

Research In Developmental Disabilities is aimed at publishing original research of an interdisciplinary nature that has a direct bearing on the remediation of problems associated with **developmental disabilities**. Manuscripts will be solicited throughout the world. Articles will be primarily empirical studies, although an occasional position paper or review will be accepted. The aim of the journal will be to publish articles on all aspects of research with the developmentally disabled, with any methodologically sound approach being acceptable. A list of topics areas that is illustrative but not inclusive is applied **behavior analysis**, **pharmacotherapy**, **traditional assessment**, **behavioral assessment**, **speech training** and **occupational therapy**. Our aim is to publish the best available and most current research possible.

Benefits to authors

We also provide many author benefits, such as free PDFs, a liberal copyright policy, special discounts on Elsevier publications and much more. Please click here for more information on our author services.

Please see our Guide for Authors for information on article submission. If you require any further information or help, please visit our support pages: <http://support.elsevier.com>

AUDIENCE

Psychologists, Social Workers, Rehabilitation Specialists and Sociologists

IMPACT FACTOR

2012: 2.483 © Thomson Reuters Journal Citation Reports 2013