

CAMILA GUIMARÃES MENDES

**PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COM TDAH: IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA**

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina

Belo Horizonte

2017

CAMILA GUIMARÃES MENDES

**PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COM TDAH: IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde – Área de Concentração Saúde da Criança e do Adolescente.
Orientadora: Prof^ª. Dra. Débora Marques Miranda
Co-orientadora: Prof^ª. Dra. Marisa Cotta Mancini

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina

Belo Horizonte

2017

Mendes, Camila Guimarães.
M538p Participação em atividades domésticas de crianças e adolescentes com
TDAH [manuscrito]: implicações para a prática clínica. / Camila
Guimarães Mendes. - - Belo Horizonte: 2017.
122f.
Orientador: Débora Marques Miranda.
Coorientador: Marisa Cotta Mancini.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. 2.
Comportamento Infantil. 3. Criança. 4. Adolescente. 5. Dissertações
Acadêmicas. I. Miranda, Débora Marques. II. Mancini, Marisa Cotta. III.
Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.
NLM: WS 350.8

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitoria: Prof^a. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof^a. Denise Maria Trombert de Oliveira

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Ado Jório de Vasconcelos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Luiz Armando De Marco

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Edson Samesima Tatsuo

Chefe do Departamento de Pediatria: Prof^a Maria do Carmo Barros

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Coordenadora: Prof.^a Ana Cristina Simões e Silva

Subcoordenadora: Prof.^a Roberta Maia de Castro Romanelli

COLEGIADO:

Alexandre Rodrigues Ferreira –Titular

Benigna Maria de Oliveira - Suplente

Ana Cristina Simões e Silva -Titular

Leandro Fernandes Malloy Diniz - Suplente

Helena Maria Gonçalves Becker -Titular

Ana Cristina Côrtes Gama - Suplente

Jorge Andrade Pinto –Titular

Luana Caroline dos Santos - Suplente

Juliana Gurgel Giannetti -Titular

Ivani Novato Silva - Suplente

Sérgio Veloso Brant Pinheiro –Titular

Eugênia Ribeiro Valadares - Suplente

Roberta Maia de Castro Romanelli –Titular

Débora Marques de Miranda - Suplente

Arabele Teixeira de Larcerda (Disc. Titular)

Ariene Silva do Carmo (Disc. Suplente)

*Este trabalho é dedicado às professoras que desde a
minha graduação à conclusão desse mestrado me
inspiraram a adentrar no universo da pesquisa e do
ensino. Às professoras Marisa, Adriana e Débora.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, que sempre esteve à frente de todos os meus planos e por ter me ajudado em todas as etapas deste trabalho realizado durante o meu mestrado.

À minha família, que sempre me apoiou e acreditou no meu potencial, dando suporte em todas as minhas necessidades e me dando sempre carinho e força para continuar.

À minhas professoras queridas Marisa Mancini e Adriana Drummond, que desde a minha graduação me apoiaram e muito me ensinaram para que eu chegasse até aqui.

À minha orientadora Débora Miranda que me orientou diretamente na elaboração deste trabalho e por suas contribuições para minha formação acadêmica e por todo ensinamento.

À minha colega Danielle Costa, que me auxiliou nas análises estatísticas e discussões importantes para melhoria deste trabalho! Obrigada pela paciência e disposição!

Aos demais colegas do grupo NITIDA, em especial o Dr. Antônio e Patrícia, que me acompanharam durante as coletas, com dedicação e disposição a me auxiliar no que fosse necessário. Obrigada pela acolhida e suporte durante esse processo!

Ao meu namorado Marcus que me acompanhou todo esse tempo com muita paciência e por todo seu companheirismo!

À minha amiga e colega de república, Lorena por todo incentivo e por ter compartilhado comigo esse desafio, torcendo por mim e por todo seu apoio!

A todos meus amigos e conhecidos que de alguma forma contribuíram para a finalização dessa etapa tão importante!

RESUMO

O ambiente doméstico é um contexto de referência para crianças e pode ser informativo para pautar intervenções com crianças e adolescentes com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Esse transtorno é tratado com psicoestimulantes que demonstram efetividade na redução de sintomas e melhora no desempenho acadêmico. No entanto, mudanças relacionadas ao contexto domiciliar não são desfechos frequentemente avaliados e pouco se conhece sobre como as famílias se adaptam aos desafios encontrados na rotina domiciliar, e estratégias utilizadas. O objetivo desta dissertação foi investigar a participação doméstica de crianças e adolescentes com TDAH. Para melhor responder às questões investigativas levantadas, três estudos foram elaborados.

O primeiro estudo foi uma revisão sistemática da literatura na qual foi investigado o conhecimento científico acerca da participação doméstica de crianças e adolescentes com TDAH e discutido sobre potenciais implicações para a prática clínica. O segundo estudo teve o objetivo de investigar os fatores associados às mudanças no desempenho nas tarefas domésticas e na assistência disponibilizada por seus cuidadores, em crianças com TDAH que se encontravam em tratamento. Em especial, alguns fatores foram investigados pela sua importância no desenvolvimento infantil como os estilos parentais e os sintomas psiquiátricos das mães. O terceiro estudo investigou quais as estratégias utilizadas pelos cuidadores para promover a participação de suas crianças em casa, classificando as estratégias como negativas ou positivas. Também foram investigadas as associações entre o uso de estratégias e os valores e crenças dos pais relacionados à participação doméstica: importância atribuída pelos cuidadores e satisfação com a participação da criança.

Ambos os estudos 2 e 3, avaliaram a participação das crianças sob a perspectiva dos seus cuidadores, utilizando o *Children Helping Out: Responsibilities, Expectations and Supports* (CHORES). O Artigo 2 contou com a informação de 51 cuidadores de crianças e adolescentes com TDAH, entre 6 a 14 anos, que foram acompanhados ao longo de um ano de tratamento medicamentoso, enquanto o Artigo 3 contou com a participação de 100 cuidadores de crianças com TDAH.

No Artigo 1, cinco artigos foram incluídos na revisão de literatura, mostrando que o tema em questão ainda é incipiente. A falta de generalização dos resultados é uma limitação importante, no entanto essa pode ser uma expectativa irreal em contexto clínico, devido o TDAH ser uma condição de saúde heterogênea e considerando toda diversidade sociocultural existente e das famílias estudadas. Maiores investigações se fazem necessárias para ampliar o conhecimento acerca dos perfis de participação dessa população tendo em vista que outros fatores, ainda não explorados, também podem influenciar o engajamento das crianças nas tarefas domésticas.

No Artigo 2, as mudanças na participação doméstica das crianças com TDAH foram significativas, demonstrando aumento no número de tarefas realizadas, bem como a redução da assistência disponibilizada pelos cuidadores, após cerca de 16 meses de tratamento medicamentoso. Sintomas maternos de TDAH e o estilo parental autoritário foram preditivos de mudanças na participação das crianças em tarefas domésticas. Para crianças com TDAH em tratamento, as características psicológicas maternas e os estilos e dimensões parentais dos pais tiveram um impacto nos resultados funcionais, enfatizando a importância de avaliar e abordar as características da família para melhorar o ambiente familiar e nortear práticas mais efetivas para essa população.

No Artigo 3, foi identificado que a maioria das famílias usavam alguma estratégia em casa para promover a participação das crianças nas tarefas domésticas, embora a maioria delas usem estratégias “negativas” (ex. punição, ameaça, retirada de privilégios) em vez de positivas (ex. elogio, motivação, com base em recompensas). No contexto do TDAH, o tipo de estratégia utilizada pode ter um impacto significativo na dinâmica familiar bem como para a criança, justificando a importância do tema em questão. Não foram observadas associações significativas entre o uso de alguma estratégia e a importância atribuída pelos pais à participação doméstica das crianças ou à satisfação com a participação. Por outro lado, o nível de satisfação dos pais foi associado significativamente com o uso de estratégias positivas. Cuidadores podem basear suas escolhas de estratégias a partir de sua satisfação com o desempenho da criança. No entanto outros fatores não investigados nesse estudo, tanto relacionados ao diagnóstico de TDAH quanto às características dos pais podem ser importantes para determinar o uso ou não de estratégias em casa. Dessa forma, é importante instruir os pais na utilização de estratégias adequadas considerando características da condição de saúde da criança e que se ajustem também às expectativas de seus cuidadores em relação a participação doméstica.

Palavras-chave: TDAH, participação doméstica, crianças, adolescentes, estilos parentais.

ABSTRACT

The household environment is a context of reference to children and may be informative about interventions with children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). This disorder is treated with psychostimulants that seems efficient to decrease symptoms and improve academic performance. However, changes related to home context are not outcomes usually assessed and little is known about how families adapt to the challenges found in the home routine and strategies used. The aim of this dissertation was to investigate the household participation of children and adolescents with ADHD. To better answer investigative questions were raised, three studies were developed.

The first study (presented as article 1) was an integrative review where was investigated the scientific knowledge about the household participation of children and adolescents with ADHD and discussed about potential implications for clinical practice. The second study (presented as article 2) aims to investigate associated factors to changes in performance of household tasks and assistance provided by caregivers of children with ADHD in treatment. Some factors were investigated for their importance in child development as parental styles and maternal psychiatric symptoms. The third (presented as article 3) investigated what strategies were used by the caregivers to support the participation of their children at home and classified the strategies as negative or positive. Also was investigated the associations between use of strategies and values and beliefs of parents related to domestic participation: importance attributed by caregivers and their satisfaction with child participation.

Both studies (study 2 and 3) assessed children participation from the perspective of their caregivers using the *Children Helping Out: Responsibilities, Expectations and Supports*

(CHORES). The article 2 count with information of 51 caregivers of children and adolescent with ADHD (6 to 14 years old) followed up for one year of pharmacological treatment while the article 3 included 100 caregivers of children with ADHD.

In Article 1, five articles were included in a review of literature, showing the theme in question is still incipient. The lack of generalization of the results is an important limitation; however, this may be an unrealistic expectation in a clinical context, since ADHD is a heterogeneous health condition and considering all existing sociocultural diversity and families studied. More investigations are necessary to broad the knowledge about the profile of participation this population because other factors, are not explored, could influence the engagement of children in household tasks.

In article 2, the changes of household participation of children with ADHD were significate showing increase of number of tasks performed as well as decrease in assistance provided by caregivers after sixteen months of pharmacological treatment. Maternal symptoms of ADHD and authoritarian parental style were predictive of changes in household task participation of children. For ADHD children in treatment, maternal psychological characteristics and styles and dimensions of parents had an impact in functional outcomes, emphasizing the importance of assess and approach family characteristics to improve the family environment and guide effective practices to this population.

In article 3, was identified most families used any strategy at home to promote household task participation of children, although they use more “negatives” (i.e. punishment, treats) rather than positive strategies (i.e. praise, rewards). In context of ADHD, the kind of strategy used can have a significant impact in a familiar dynamic as well as to kid, explaining the relevance of this topic. There were no significant associations between the use of any strategy and the importance attributed by parents to

children's household participation and satisfaction with participation. On the other hand, the level of satisfaction of parents was associated significantly with the use of positive strategies. Caregivers can base their choices of strategies on their satisfaction with performance of children. However, other factors not investigated in this study, as regarding to ADHD diagnosis as features of parents can be important to determinate the use or not of strategies at home. In turn, is important instruct parents to use appropriated strategies considering features of health condition of children and that also meet expectations of their caregivers regarding the household participation.

Keywords: ADHD, household participation, children, adolescent, parental styles.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Diagrama de fluxo dos estudos filtrados, avaliados para elegibilidade, incluídos e excluídos.....	32
----------	---	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1 – Revisão de Literatura

Tabela 1	Estratégias de busca.....	31
Tabela 2	Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa.....	37

ARTIGO 2

Table 1	Characteristics of ADHD children and Caregivers.....	83
Table 2	Average change in children with ADHD symptoms severity and participation in household tasks	84
Table 3	Frequency of ADHD children rated as independent in Self-Care and Family-Care Tasks	85
Table 4	Influence of Parenting Styles and Dimensions on changes in ADHD children's participation in Household Tasks.....	86
Table 5	Influence of <i>maternal ADHD, anxiety and depressive features</i> on changes in ADHD children's participation in Household Tasks.....	87

ARTIGO 3

Table 1	Descriptive characteristics of sample (n=100).....	107
Table 2	Association between caregivers' ratings of importance attributed to household chores and their satisfaction regarding children's participation with parents' use of strategy to promote children's participation at home (n=100).....	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Em português:

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CCEB - Critério de Classificação Econômico Brasil

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EEG - Equações de estimação generalizadas

FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

IDATE - Inventário da Ansiedade Traço-Estado

NITIDA - Núcleo de Investigações sobre a Impulsividade e Atenção

QEDP – Questionário de Estilos e Dimensões Parentais

QI – Quociente de inteligência

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Em inglês:

ADHD - Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

ADHD-C - Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder combined subtype

ADHD-H - Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder hyperactivity subtype

APA – American Psychiatric Association

ASRS - Adult ADHD Self-Report Scale

BDI-II - Beck Depression Inventory-II

CCEB - Brazilian Criteria of Economic Classification

CHORES - Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports

CPM - Raven's Colored Progressive Matrices

GEE - Generalized Estimating Equations

KSADS-PL - Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children/ Present and Lifetime Version

ODD - Oppositional Defiant Disorder

PMT – Parent Management Training

PSDQ - Parenting Styles and Dimensions Questionnaire

RCI - Reliable Change Index

SES - Socioeconomic level

SNAP IV - Swanson Noland and Pelham-IV

STAI T - State-Trait Anxiety Inventory

SUMÁRIO

RESUMO	07
ABSTRACT	10
LISTA DE FIGURAS	13
LISTA DE TABELAS	14
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	15
1 INTRODUÇÃO	19
1.2 Apresentação da dissertação	20
REFERENCIAS	21
1 REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 Artigo de revisão	24
3 OBJETIVOS	51
3.2 Objetivo geral	51
3.2 Objetivos específicos	51
4 MÉTODOS	51
4.1 Participantes	52
4.2 Instrumentação	53
4.2.1 <i>Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports (CHORES)</i>	53
4.2.2 <i>Swanson Noland and Pelham-IV (SNAP IV)</i>	55

4.2.3 <i>Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP) –Versão Reduzida</i>	55
4.2.4 <i>Adult ADHD Self-Report Scale- Version 1.1 (ASRS)</i>	56
4.2.5 <i>Inventário da Ansiedade Traço-Estado (IDATE)</i>	57
4.2.6 <i>Beck Depression Inventory-II (BDI-II)</i>	57
4.2.7 <i>Matrizes Progressivas Coloridas de Raven</i>	57
4.2.8 <i>Informações demográficas</i>	57
4.3 Procedimentos	58
4.4 Análise estatísticas	59
REFERENCIAS	60
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
5.1 Artigo 2	62
5.2 Artigo 3	88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
7 ANEXOS	111

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, cerca de 7,6% de crianças e adolescentes menores de 18 anos, sofrem de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)¹. Trata-se de um dos transtornos mais comuns da infância, caracterizado por déficit de atenção, impulsividade e hiperatividade². É uma condição de saúde heterogênea, podendo apresentar uma variabilidade de sintomas, bem como levar a diferentes limitações funcionais, dependendo da gravidade desses sintomas e ocorrência ou não de outros transtornos psiquiátricos associados^{3,4,5}.

Atualmente, um dos tratamentos mais indicados para o TDAH, é o uso de estimulantes, sendo o Metilfenidato o mais comum^{6,7}. O uso do medicamento é muitas vezes dedicado à melhora do desempenho escolar⁸, tendo resultados efetivos na redução de sintomas durante atividades escolares e melhora no desempenho escolar. Todavia, é no ambiente doméstico que as relações familiares são estabelecidas e a transferência de responsabilidades acontece^{9,10,11}. A presença de prejuízos funcionais nesses contextos, devido à manifestação dos sintomas, é um elemento importante para definição do diagnóstico². Desse modo, a resposta ao tratamento dependerá de um equilíbrio harmonioso entre as características das crianças e seus pais, do ambiente em que a criança vive e das tarefas que lhes são demandadas.

Tratamentos não convencionais como o programa de treinamento de pais apresentam também efetividade na redução de sintomas com algumas evidências sugerindo que podem ser mais propensos a melhorias permanentes em aspectos do funcionamento global de uma criança^{12,13} em comparação ao tratamento medicamentoso. No entanto, devido a fatores múltiplos, dentre eles a baixa motivação dos pais, psicopatologia parental (ex. presença de sintomas de TDAH e depressão) e

estresse parental, parte das crianças não respondem adequadamente¹³. A gravidade dos sintomas e a presença de comorbidades associadas ao diagnóstico de TDAH também são fatores que podem afetar a resposta ao tratamento, resultando em pior desempenho escolar e nas relações sociais^{13,14,15}. Mais estudos são necessários para compreender como esses fatores podem impactar a funcionalidade dessas crianças em casa, frente ao tratamento, tendo em vista a importância desse contexto para o desenvolvimento da criança e identificação do diagnóstico.

Sabemos que a presença de sintomas associados ao TDAH poderá influenciar na funcionalidade da criança em casa, como mostrado recentemente em Mendes¹¹ e que fatores relacionados ao ambiente familiar como estilos parentais e psicopatologia dos pais afetam nas respostas do tratamento e no curso da doença^{16,17}. Por fim, nem sempre os ganhos apresentados pela criança no ambiente escolar serão percebidos também no ambiente doméstico, mas certamente um ambiente doméstico disfuncional afetará a criança. Dessa forma, faz-se necessária aproximação a nível de investigação científica sobre os fatores relacionados à participação doméstica no contexto do TDAH.

1.2 Apresentação da dissertação

O presente estudo foi elaborado de acordo com a resolução 03/2010 do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG, que permite sua confecção em formato de artigos científicos a serem submetidos a revistas científicas. Dessa forma, este trabalho seguiu o roteiro a seguir:

1. Introdução;
2. Revisão da Literatura, em formato de artigo de revisão integrativa;

3. Objetivos;
4. Métodos;
5. Resultados e Discussão, apresentada sob a forma de dois artigos originais;
6. Considerações Finais;

As referências bibliográficas estão dispostas ao final de cada seção conforme as normas de Vancouver e dos artigos, conforme as recomendações específicas de cada periódico para os quais serão submetidos.

REFERÊNCIAS

1. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6):942-8.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
3. Booster GD, DuPaul GJ, Eiraldi R, Power TJ. Functional impairments in children with ADHD: unique effects of age and comorbid status. *J Atten Disord*. 2012; 16(3): 179–89.
4. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*. 2005; 90(Suppl 1):i2–i7

5. Garner AA, O'Connor BC, Narad ME, Tamm L, Epstein JN. The relationship between ADHD symptom dimensions, clinical correlates, and functional impairments. *J Dev Behav Pediatr.* 2013; 34: 469–77.
6. Bolea-Alamañac B, Nutt DJ, Adamou M, Asherson P, Bazire S, Coghill D, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J. Psychopharm.* 2014; 28 (3):179–203.
7. Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Leibson CL, Jacobsen SJ. Long-term stimulant medication treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from a population-based study. *J Dev Behav Pediatr.* 2006; 27:1-10.
8. Hodgkins P, Shaw M, Coghill D, Hechlman, L. Amphetamine and methylphenidate medications for attention-deficit/hyperactivity disorder: Complementary treatment options. *Eur Child Adoles Psychiatry.* 2012; 21: 477–92.
9. Dunn L, Coster WJ, Cohn ES, Orsmond GI. Factors associated with participation of children with and without ADHD in household tasks. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2009; 29(3): 274–94.
10. Dunn L, Coster WJ, Orsmond GI, Cohn ES. Household task participation of children with and without attentional problems. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2009; 29 (3): 258–73.
11. Mendes CG, Drummond AF., Miranda DM., Costa DS., Mancini MC. Household task demands for quiet and focused behavior facilitate performance by ADHD youth. *Arq Neuro Psiquiatr.* 2016; 74(7): 524-9.

12. Hoofdakker BJVD, Hoekstra PJ, Veen-Mulders LVD, Sytema S, Emmelkamp PMG, Minderaa RB, Nauta MH. Paternal influences on treatment outcome of behavioral parent training in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 23(11): 1071-9.
13. Parens E, Johnston J. Facts, values, and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): an update on the controversies. *Child Adolesc Psychiatry Men Health*. 2009; 3(1):1.
14. Dealt LC. A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010; 41(2):168–92.
15. Kawabata Y, Tseng WL, Gau SS. Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and social and school adjustment: the moderating roles of age and parenting. *J Abnorm Child Psychol*, 2012; 40(2):177-88.
16. Gau SS, Chang JP. Maternal parenting styles and mother–child relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil*. 2013; 34(5): 1581–94.
17. Danforth JS, Connor DF, Doerfler LA. The Development of Comorbid Conduct Problems in Children With ADHD: An Example of an Integrative Developmental Psychopathology Perspective. *J Atten Disord*. 2016; 20(3): 214-29.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Artigo 1

Participação doméstica de crianças e adolescentes com TDAH: uma revisão sistemática da literatura

Household task participation of children and adolescents with ADHD: a systematic review

Camila Guimarães Mendes^a, Marisa Cotta Mancini^b, Débora Marques Miranda^c

^a Terapeuta Ocupacional, Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil, camilagmbh@gmail.com;

^b Professora Titular, Departamento de Terapia Ocupacional e Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil, marisacmancini@gmail.com;

^c Professora Adjunta, Departamento de Pediatria, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, debora.m.miranda@gmail.com.

Fonte de financiamento: Não houve financiamento.

Contribuição dos autores: Camila Guimarães Mendes e Débora Marques Miranda conceberam o estudo e escreveram todos os procedimentos realizados, Marisa Cotta Mancini revisou a realização do trabalho e o manuscrito.

Autor para correspondência: Debora Marques de Miranda, Professora de Pediatria e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Prof. Alfredo Balena 190, Santa Efigênia, 30130-10, Belo Horizonte, MG, Brasil; Email: camilagmbh@gmail.com

RESUMO

Introdução: A participação em tarefas domésticas pode ser informativa sobre a funcionalidade da criança no que tange a realização de tarefas de cuidado próprio e com os demais membros da família. No Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), a identificação de prejuízos funcionais no contexto domiciliar é um elemento importante para o diagnóstico. **Objetivo:** Avaliar e discutir o conhecimento científico acerca da participação doméstica de crianças e adolescentes com TDAH e suas implicações para a prática clínica. **Método:** Revisão sistemática com as palavras-chave/descriptores, "attention deficit disorder with hyperactivity", "ADHD", "household chores" e "household task" no PUBMED e SCOPUS. **Resultados:** A busca resultou em 43 estudos, sendo apenas cinco incluídos. O mesmo instrumento foi utilizado para avaliar a participação doméstica. Crianças com TDAH desempenham tarefas de modo semelhante a crianças com desenvolvimento normal, todavia têm mais assistência disponibilizada pelos cuidadores quando comparadas a esse grupo. A idade, sexo, presença de irmão mais velho, a importância atribuída pelos pais e sintomas de oposição, ter o diagnóstico de TDAH e o nível de estresse dos pais foram preditivos do aumento no desempenho das tarefas e aumento da assistência disponibilizada pelos cuidadores, respectivamente. **Conclusão:** Os poucos estudos envolvendo crianças com TDAH não permitem generalização. Devido sua heterogeneidade clínica e a diversidade sociocultural das famílias, a participação doméstica pode não ser generalizável no contexto clínico. Futuras investigações sobre outros fatores do ambiente domiciliar são necessárias para ampliar o conhecimento sobre a participação dessa população e nortear intervenções para a prática clínica.

Palavras-chave: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, criança, adolescente, revisão.

ABSTRACT

Introduction: The household task participation may be informative about children functionality at household environment regarding the performance of self-care tasks and with other members of family. In ADHD the identification of functional impairments in home context is an important element for the diagnosis. Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) usually perform lower number of household tasks than typical development children while demanding more assistance of their caregivers for support their performance. **Objective:** Evaluate the scientific knowledge about household participation of children and adolescents with ADHD to support discussions on the topic and potential implications for clinical practice. **Method:** Integrative literature review with keywords “attention deficit disorder with hyperactivity”, "ADHD", "household chores" and "household task" at PUBMED and SCOPUS. **Results:** The search resulted in forty-three articles, only five studies were included. The same instrument was used to assess household participation of children with ADHD. The age, gender, presence of older siblings, the importance attributed by parents and oppositional symptoms, the diagnosis of ADHD and the level of parents' stress were predictive of increased task performance and increased assistance provided by caregivers, respectively. **Conclusion:** The few studies involving children with ADHD don't allow generalization. Because their clinical heterogeneity and sociocultural diversity of families, household participation may not be generalizable in the clinical setting. Future investigations about other factors of home environment are important to expand the knowledge about the participation of this population and to guide interventions in clinical practice.

Keywords: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, children, adolescent, review

INTRODUÇÃO

O ambiente domiciliar é onde acontece a realização de tarefas rotineiras e cotidianas que incluem a preparação de refeições, limpeza e reparações domésticas, o cuidado com os objetos pessoais e com aqueles comuns ao grupo familiar, bem como atividades de auxílio aos demais membros da família. O aprendizado e sucesso na participação nessas tarefas, por sua vez, é resultado das interações entre as características da criança, do ambiente e da tarefa (LAW et al., 1996; ROGOFF, 2003). Dessa forma, a participação constitui-se um importante indicador de como as relações entre pessoa, ambiente e tarefa estão acontecendo e de como esses fatores se configuram barreiras ou facilitadores no processo de preparação da criança para uma vida independente.

O desempenho regular das tarefas domésticas possibilita o desenvolvimento de habilidades necessárias para uma maior independência na vida diária e na comunidade, estimulando habilidades que favorecerão a autodeterminação, o planejamento, a tomada de decisões e a resolução de problemas (DUNN, 2004). Essas características são estimuladas pelos desafios e oportunidades vivenciadas no dia-a-dia, que otimizam a aprendizagem de tarefas através da transferência gradual de responsabilidade passada de pais para seus filhos (DUNN; PRICE, 2011; ROGOFF, 1996; GOODNOW, 1988).

Participação de crianças e adolescentes no contexto domiciliar

A participação em tarefas domésticas é um tema que vem sendo estudado ao longo dos últimos 30 anos por pesquisadores das áreas da psicologia e das ciências sociais (GOODNOW, 1988; GOODNOW, 1996; ROGOFF, 2003). Inicialmente, esses pesquisadores tinham por objetivo investigar a participação da criança em casa e como isso afetava o seu desenvolvimento (GOODNOW, 1988; BOWES; FLANAGAN; TAYLOR, 2001; GOODNOW, 1991; WHITE; BRINKERHOFF, 1981).

Posteriormente, as investigações se estenderam também ao campo da saúde, para compreender como as diversas condições interfeririam no processo de aprendizagem das tarefas domésticas (DUNN, 2004; DUNN et al., 2009a; DUNN et al., 2009b; DUNN; GARDNER et al., 2013).

Em 2012, pesquisadores da área da Terapia Ocupacional traduziram para o Português o *Children Helping Out: Responsibilities, Expectations and Supports (CHORES)* (AMARAL et al., 2012), questionário que avalia a participação doméstica de crianças e adolescentes com idade escolar. Através desse instrumento, é possível compreender o envolvimento das crianças na rotina das tarefas domésticas e documentar mudanças ao longo do tempo (AMARAL et al., 2012). Tendo em vista sua utilidade na prática clínica em caracterizar a participação doméstica das crianças, foi possível avaliar o desempenho e acompanhamento de crianças com deficiências nas mais diversas condições de saúde (AMARAL et al., 2014; MENDES et al., 2016). A disponibilidade de uma avaliação mais específica pode alertar os pais sobre dissociações entre expectativas e desempenho real dos filhos, bem como sobre adaptações necessárias para promover a participação dos mesmos, frente a suas limitações (DUNN; GARDNER, 2013).

No caso da criança com condição de saúde, o processo de ensinar e aprender as tarefas domésticas tende a ser um pouco diferente, sendo a transferência de responsabilidade altamente guiada pelos pais, cuidadores ou profissionais de saúde (DUNN, 2004). Em geral, crianças com deficiência têm menos oportunidades de participar das tarefas domésticas, em comparação a crianças sem deficiência (DUNN, 2004). Uma das razões para essa realidade pode estar relacionada à falta de tempo dos cuidadores para acompanhar as crianças em processo que demanda repetição e reforços, ou mesmo pela crença de que seus filhos não são capazes de realizá-las (DUNN; PRICE, 2011).

Estudos compararam os padrões de participação de crianças com várias deficiências (DUNN; GARDNER, 2013), tais como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (DUNN et al., 2009a; 2009b), Síndrome de Down e Paralisia Cerebral (AMARAL et al., 2014) comparadas com crianças com desenvolvimento típico. Esses estudos demonstraram que o desempenho das tarefas ocorre de modo semelhante, no entanto as crianças com deficiência tendem a ser mais dependentes de assistência dos pais quando comparadas com seus pares. Fatores particulares da criança e socioambientais como a idade, presença de um irmão mais velho e a importância dada pelos pais ao envolvimento na rotina familiar foram preditivos de aumento no desempenho nas tarefas domésticas (DUNN et al., 2009a).

Crianças com TDAH podem apresentar dificuldades em iniciar e manter a realização de tarefas de cuidado pessoal, de cuidados domésticos e de socialização (ENGEL-YEGER; ZIV-ON, 2011; GARNER et al., 2013). A presença de prejuízos em mais de um ambiente, tais como escola e casa, é uma característica essencial para diagnóstico de TDAH (APA, 1994). Dessa forma, a compreensão de como se dá a participação no ambiente doméstico pode ser informativo sobre a sua funcionalidade, bem como sobre as acomodações e estratégias realizadas pela família para possibilitar o engajamento dessas crianças na rotina familiar. O acesso às tarefas, a quantidade de assistência disponibilizada e o quanto a criança é responsabilizada por tarefas de natureza pessoal ou familiar são aspectos que podem se tornar também marcadores importantes do processo de desenvolvimento da criança e sobre o curso de seu diagnóstico.

É relativamente comum que crianças com TDAH apresentem comorbidades psiquiátricas associadas, cujos sintomas podem agravar ainda mais os prejuízos funcionais e ser um fator limitante para o acesso dessas crianças às oportunidades de participação no ambiente domiciliar (MENDES et al., 2016). Além disso, pais de

crianças com TDAH são mais susceptíveis a desenvolverem problemas psiquiátricos como depressão e ansiedade, e também apresentarem quadro clínico de TDAH, o que pode impactar diretamente as relações entre a criança e seus cuidadores, favorecendo o uso de estratégias ineficientes e estilos parentais inconsistentes (CUSSEN et al., 2012). Por fim, sendo a casa um contexto de referência primária de participação infantil (AMARAL et al., 2012) e em se tratando do TDAH, com toda sua complexidade e vulnerabilidade aos fatores ambientais, a informação sobre a participação doméstica e a relação entre criança e cuidador pode nortear ações de intervenção importantes nessa população.

Diante do exposto, buscou-se realizar uma revisão sistemática da literatura para investigar o conhecimento científico acerca da participação doméstica de crianças e adolescentes com TDAH. Assim, a questão norteadora desta revisão foi: como é a participação em tarefas domésticas de crianças com TDAH e quais são as implicações desse tema para a prática clínica.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão sistemática seguindo as etapas de construção de um protocolo, com definição da pergunta norteadora da pesquisa, estratégia de busca dos estudos, seleção dos estudos, avaliação crítica dos estudos, coleta de dados e síntese dos dados (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004). Para a busca, foram utilizados descritores presentes no MeSH (*Medical Subject Headings*) e palavras-chave considerados relevantes para busca dos artigos relacionados ao tema: "attention deficit disorder with hyperactivity", "ADHD", "household chores" e "household task". Todos os descritores e palavras-chave usados foram em língua inglesa e foram combinados segundo os operadores AND e OR, nas respectivas plataformas Pubmed e base de dados

Scopus (Tabela 1). Os critérios de inclusão foram: estudos sobre participação doméstica de crianças e adolescentes, população com diagnóstico de TDAH, idade entre 6 e 17 anos, em inglês, indexados nas bases SCOPUS e no PubMed. Não houve delimitação de ano de publicação. Foram excluídos estudos que não estavam disponíveis em suas versões completas.

Tabela 1. Estratégias de busca

Base de dados/ Plataforma	Estratégia de busca
PUBMED	("attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms] OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[All Fields] OR "ADHD"[All Fields]) AND ("household chores"[All Fields] OR "household task"[All Fields])
SCOPUS	ALL (("attention deficit disorder with hyperactivity" OR "attention deficit disorder with hyperactivity" OR "ADHD") AND ("household chores" OR "household task"))

Todos os artigos identificados pelas estratégias de busca foram avaliados pela leitura de seu título, resumo e, quando necessário, pela leitura do conteúdo, para auxiliar na seleção de artigos que fossem elegíveis conforme os critérios de inclusão adotados previamente. O mesmo procedimento foi realizado por dois pesquisadores independentes, que após a inclusão dos estudos para síntese, compararam seus achados. Para os estudos elegíveis, foram obtidos textos completos. Os textos disponíveis foram lidos criteriosamente e analisados minuciosamente, visando atingir os objetivos do estudo e finalizando com uma síntese das informações mais relevantes apresentadas em tabela (Tabela 2).

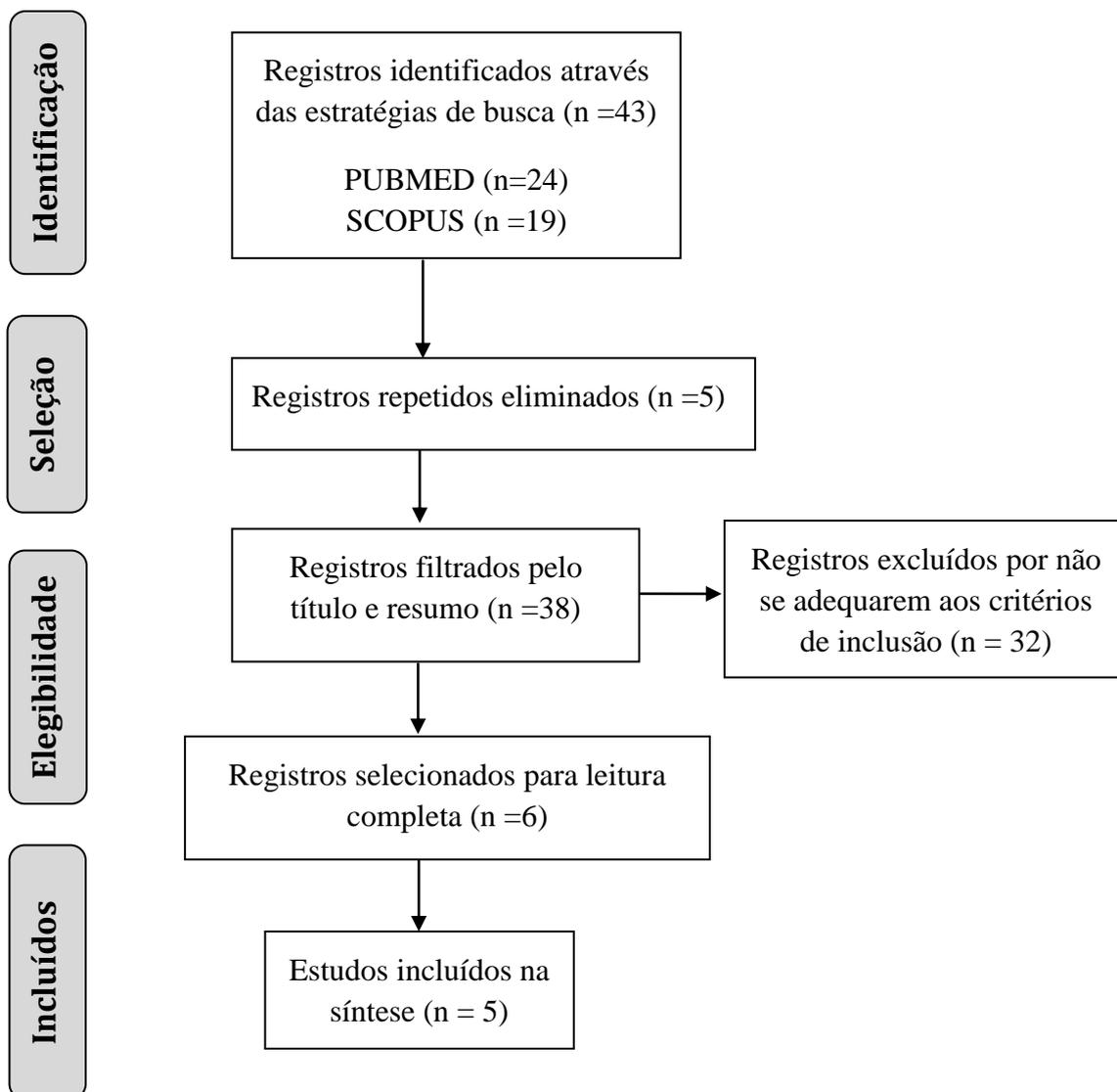


Figura 1. – Diagrama de fluxo dos estudos filtrados, avaliados para elegibilidade, incluídos e excluídos.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

As estratégias de busca adotadas levantaram um total de 43 estudos, sendo apenas cinco incluídos na revisão (Figura 1). Em relação à nacionalidade dos estudos, um deles é brasileiro e os demais são americanos, publicados nos anos de 2016, 2014, 2009 e 2004 respectivamente. Para auxiliar na síntese e extração das informações mais relevantes que respondam ao objeto de estudo da revisão, os artigos foram agrupados em um

quadro (Tabela 3) com os seguintes dados: autor e ano de publicação, amostra, objetivos, resultados principais, limitações e implicações para a prática clínica.

Dois dos artigos incluíram em sua amostra crianças com outras deficiências além do TDAH (DUNN, 2004; DUNN; MAGALHÃES; MANCINI, 2014), enquanto os demais avaliaram especificamente a participação doméstica no contexto do TDAH (MENDES et al., 2016) ou comparando com crianças com desenvolvimento típico (DUNN et al., 2009a; 2009b). Os resultados possibilitaram a categorização dos estudos em alguns temas relevantes para a compreensão de como se dá a participação doméstica de crianças com TDAH.

Perfis da participação doméstica de crianças com TDAH

A participação doméstica de crianças com TDAH tem sido um tema incipiente nos últimos 10 anos, no entanto ela parece ser influenciada pelo conjunto de fatores da própria criança e do meio em que ela vive. Da mesma forma que nas crianças com desenvolvimento típico, os estudos apontaram a idade da criança como fator preditivo do aumento de participação nas tarefas domésticas realizadas (DUNN et al., 2009a; MENDES et al., 2016). No estudo de Dunn et al. (2009a) a idade foi identificada como fator preditivo do aumento do número de tarefas realizadas enquanto em Mendes et al. (2016) a idade também foi apontada como preditiva de menos assistência disponibilizada pelos cuidadores. Em crianças com desenvolvimento típico, é esperado que a participação nas tarefas domésticas tenha início entre 4 e 6 anos, momento em que os pais transferem aos filhos a responsabilidade de tarefas relacionadas ao cuidado próprio (GOODNOW, 1996). Entre 11 e 14 anos, outras responsabilidades diárias de tarefas mais complexas são transferidas, relacionadas ao cuidado de outros membros da família e de áreas comuns (GOODNOW, 1996). Observa-se que o número de atividades

aumenta com o passar do tempo e conseqüentemente os pais disponibilizam menos assistência para a criança realizar as tarefas, algo que ocorre mesmo nas crianças com diagnóstico de TDAH (DUNN et al., 2009a; MENDES et al., 2016). Com o aumento da idade, é esperada uma redução dos sintomas de hiperatividade, tão marcantes nas crianças mais novas (HARPIN, 2005). Isso pode ter um impacto positivo para aumentar o acesso dessas crianças à participação doméstica, justificando o efeito da idade, mesmo com o diagnóstico.

Outros fatores, relacionados à família, influenciam a participação doméstica. Recentemente, o estudo de Drummond et al. (2015) identificou um conjunto de fatores que impactam a participação doméstica, em uma amostra populacional representativa de crianças com desenvolvimento típico, particularmente no que tange as tarefas de cuidado familiar (ex. arrumar uma área compartilhada com os outros, pegar uma correspondência). Crianças do sexo feminino recebem menos assistência de seus cuidadores para realização das tarefas de cuidado familiar e são mais independentes em tarefas de cuidado próprio (ex. arrumar o próprio quarto, guardar a própria roupa). A presença de empregada doméstica diminui o desempenho da criança nas tarefas e aumenta a assistência disponibilizada, assim como a mãe que trabalha fora. Ao contrário, crianças de mães que não trabalham fora, desempenham maior número de tarefas de cuidado familiar e recebem menos assistência de seus cuidadores para realização das mesmas (DRUMMOND, et al., 2015). Os efeitos do sexo, da presença de empregada doméstica e da mãe que trabalha fora de casa no engajamento de crianças e adolescentes com TDAH em tarefas domésticas, ainda não foram testados.

O estudo de Dunn (2004) mostrou que crianças com TDAH apresentaram desempenho semelhante ao de crianças com desenvolvimento típico, diferenciando apenas na quantidade de assistência disponibilizada pelos cuidadores. As médias de desempenho

nas tarefas de cuidado próprio e cuidado familiar de crianças com TDAH variaram entre 9,72 (com desvio padrão de 2,44) e 10,16 (com desvio padrão de 3,19) (DUNN, 2004), e 11,2 (com desvio padrão de 1,6) e 12,0 (com desvio padrão de 3,0) (DUNN et al., 2009a; 2009b) respectivamente. Em relação à assistência disponibilizada pelos cuidadores, as médias de assistência ponderada nas tarefas de cuidado próprio e cuidado familiar foram de 7,72 (com desvio padrão de 2,22) e 8,67 (com desvio padrão de 2,93) (DUNN, 2004), respectivamente. No estudo de Dunn (2009a; 2009b) as médias de assistência disponibilizada pelos cuidadores reportadas foram de 80,5 (com desvio padrão de 9,7) para as tarefas de cuidado próprio, e 76,9 (com desvio padrão de 9,9) para tarefas de cuidado familiar.

Portanto, o diagnóstico de TDAH é um fator que influencia a participação, no que tange a assistência disponibilizada pelos cuidadores, e isso pode se dar devido a fatores relacionados à sintomatologia e demais desafios que se configuram no cuidado diário de uma criança com essa condição de saúde. A presença de um irmão mais velho também foi identificada como fator preditivo do aumento da quantidade de assistência disponibilizada (DUNN et al., 2009). O TDAH é uma condição de saúde heterogênea e susceptível ao desenvolvimento de comorbidades associadas ao diagnóstico, podendo tornar o perfil de funcionalidade da criança cada vez mais complexo (ENGEL-YEGER; ZIV-ON, 2011; KAWABATA; TSENG; GAU, 2012). Da mesma forma, essa população pode apresentar perfis distintos de participação doméstica, tendo em vista essas variáveis. Um estudo brasileiro avaliou os fatores relacionados ao diagnóstico que poderiam influenciar a participação doméstica da criança, investigando elementos tais como número de sintomas de TDAH (desatenção, hiperatividade/impulsividade) ou de comorbidades (sintomas do Transtorno Opositivo Desafiador, TOD) (MENDES et al., 2016). Surpreendentemente, maior nível de sintomas de TDAH não foi preditivo dos

desfechos avaliados pelo CHORES, mas sim a presença de um grupo específico de sintomas, o Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) (CONNOR; STEEBER; MCBURNETT, 2010; YUCE et al., 2013). Esses resultados corroboram com a literatura reforçando que prejuízos funcionais do TDAH podem ser mais significativos na presença de comorbidades associadas (BOOSTER et al., 2012).

Os demais estudos buscaram também compreender a influência de fatores relacionados aos valores atribuídos à rotina e percepção de estresse dos pais nos desfechos da participação doméstica. Os pais que atribuíam maior importância e os que achavam grande estresse ajudar as crianças na realização das atividades de casa foram os que consideraram grande a assistência disponibilizada às crianças (DUNN et al., 2009a). Por outro lado, esses dados contribuem para a reflexão de que o aumento da assistência pode também aumentar o estresse parental o que não foi avaliado nos estudos. Outro aspecto importante é que as psicopatologias em familiares de crianças com TDAH são frequentes (SINGH et al., 2015). Portanto, é possível que fatores relacionados aos pais como estilos parentais e a presença de sintomas psiquiátricos, inclusive de TDAH, também influenciem a participação dessas crianças em casa. Mas essas são apenas hipóteses que requerem novos estudos para testá-las.

Tabela 2. Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Autor (es) (Ano de publicação)	Amostra	Objetivos	Resultados principais	Limitações	Implicações para a prática clínica
DUNN (2004)	19 crianças sem deficiência e 13 crianças com deficiências físicas, de aprendizagem (incluiu crianças com TDAH) ou de comportamento, com idade entre 6 e 11 anos	Avaliar as propriedades de medição do instrumento <i>Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports (CHORES)</i> se são adequadas para medir a participação doméstica de crianças na idade escolar.	CHORES é um instrumento que tem forte confiabilidade e validade. A variação no desempenho das tarefas das crianças e os níveis globais de assistência apoiam a utilidade desta medida para captar as diferenças entre as crianças na extensão da sua participação. Resultados sugerem que crianças sem deficiência participam de mais atividades e são mais independentes do que crianças com deficiência. A maioria dos pais considerou a participação doméstica importante e estavam satisfeitos com o desempenho de seus filhos em casa.	A natureza do questionário, por ser de autorelato pode ter influenciado a resposta dos pais, para ser socialmente desejável. O tamanho da amostra não era grande o suficiente para analisar se as subescalas de cuidado próprio e cuidado familiar realmente representam construções distintas. Além disso, os pais foram recrutados de dois estados da região da Nova Inglaterra, portanto, a extensão em que esses achados podem ser generalizados para outras regiões dos Estados Unidos e outros países é desconhecida até o momento.	O CHORES é um instrumento fácil de completar e que considera a perspectiva dos cuidadores. Pode promover discussão entre famílias, crianças e profissionais em torno das expectativas, apoios e barreiras à participação das nas tarefas domésticas e ajudar os profissionais e as famílias com a concepção e planejamento de intervenção para uma vida futura mais independente.

Tabela 2. Continuação...

Autor (es) (Ano de publicação)	Amostra	Objetivos	Resultados principais	Limitações	Implicações para a prática clínica
DUNN; COSTER; COHN; ORSMOND (2009a)	22 crianças com TDAH e 22 crianças sem TDAH, na idade entre 9 a 11 anos.	Investigar fatores da criança, ambiente e da tarefa associados com o desempenho nas tarefas domésticas e assistência requerida para realização dessas tarefas.	A idade da criança e a importância dada pelos pais sobre a rotina familiar foram associadas positivamente com o número de tarefas desempenhadas pela criança, sendo esse último relacionado especificamente com o desempenho em tarefas de cuidado familiar. A presença de um irmão mais velho foi associada ao aumento do número de tarefas de cuidado próprio e na quantidade de assistência requerida para realização das tarefas, tanto familiares quanto de cuidado próprio. Ser do grupo TDAH, o nível de estresse pessoal dos pais e o nível de estresse relacionado ao comportamento dos filhos, foram associados com relatos de aumento da assistência requerida para realização das tarefas domésticas.	A pequena amostra não permitiu a exploração de fatores adicionais que podem influenciar a participação das crianças em tarefas domésticas. Havia mais crianças de 9 anos do que crianças de 10 ou 11 anos de idade. Se essa diferença é significativa deve ser explorada em estudos com uma amostra maior. Outra limitação é a confiança nas medidas de auto-relato, devido ao potencial de viés para pais darem respostas que atendam a normas sociais. Pais que procuram apoio e intervenção para si e seus filhos podem responder de forma diferente do que os pais que não buscam esses apoios e intervenções. Os pais de crianças sem TDAH tinham significativamente mais educação e podem ter mais conhecimento sobre como escolher e orientar seus filhos em tarefas domésticas. Esses resultados devem ser vistos como uma exploração inicial da participação das crianças nas tarefas domésticas e recomenda-se cautela antes de generalizar os resultados deste estudo para outras populações.	O CHORES pode fornecer um meio de medir resultados e mudanças com o tempo em tarefas domésticas, e sobre a ocupação familiar. Pode sugerir formas de ajudar e apoiar as futuras ocupações familiares e para preparação da criança para papéis na vida adulta.

Tabela 2. Continuação...

Autor (es) (Ano de publicação)	Amostra	Objetivos	Resultados principais	Limitações	Implicações para a prática clínica
DUNN; COSTER; ORSMOND; COHN (2009b)	22 crianças com TDAH e 22 crianças sem TDAH, na idade entre 9 a 11 anos.	Examinar os padrões de participação nas tarefas domésticas de crianças com e sem TDAH.	A média dos escores de desempenho nas tarefas domésticas não distinguiu entre os grupos. Para a assistência, pais de crianças com TDAH reportaram maior necessidade ajuda para a realização das tarefas domésticas, em comparação ao grupo sem TDAH. Em relação a tarefas que as crianças realizam mais independentemente, por iniciativa própria ou supervisão, conforme avaliado pelo CHORES, crianças sem TDAH desempenharam mais tarefas em comparação ao outro grupo. Essas crianças também desempenharam mais tarefas de cuidado próprio comparada a tarefas de cuidado familiar. O mesmo padrão foi observado no grupo com TDAH, mas essa diferença não foi significativa estatisticamente.	Os achados deste estudo são preliminares e não devem ser generalizados para todas as crianças com TDAH. Por se tratar de um instrumento de autorelato, os pais podem ter respondido de uma maneira socialmente desejável. A amostra do estudo foi composta apenas de pais anglo-americanos, assim os resultados podem variar para famílias de diferentes origens culturais. O nível educacional dos pais diferiu entre os grupos. Embora os pais com diplomas universitários tenham envolvido mais seus filhos em tarefas domésticas, ainda não está claro se isso é verdade para pais com alguma educação universitária. Os resultados deste estudo podem não representar adequadamente o desempenho de crianças com todos os subtipos de TDAH, pois o instrumento utilizado para reportar o TDAH não permite a classificação dos subtipos.	A participação das crianças nas tarefas domésticas é uma área valiosa de desempenho ocupacional para os terapeutas explorarem com as famílias. Intervenções que abordam estratégias e apoios para promover a participação de crianças com TDAH em tarefas domésticas e rotinas familiares merecem atenção. Discussões sobre rotinas pessoais e familiares podem ser úteis para entender como as mães se adaptam para dar conta das demandas dos filhos no dia a dia.

Tabela 2. Continuação...

Autor (es) (Ano de publicação)	Amostra	Objetivos	Resultados principais	Limitações	Implicações para a prática clínica
MENDES; DRUMMOND; MIRANDA.; COSTA; MANCINI (2016)	67 crianças e adolescentes com o diagnóstico de TDAH, com idade entre 6 e 14 anos.	Avaliar associações entre os sintomas (desatenção, hiperatividade/impulsividade e opositores) e fatores de confusão como a idade, sexo e inteligência com o desempenho de crianças com TDAH nas tarefas domésticas e a quantidade de assistência disponibilizada pelos cuidadores. Este estudo também procurou identificar fatores preditivos de participação em tarefas domésticas.	Sintomas de hiperatividade/impulsividade foram associados significativamente com assistência em tarefas de cuidado próprio e tarefas de cuidado familiar e entre sintomas de oposição e assistência em tarefas de cuidado próprio. Os coeficientes dessas associações foram negativos e de magnitude moderada. Idade foi associada com o desempenho e assistência disponibilizada pelo cuidador e ambas as tarefas, de cuidado próprio e cuidado familiar; crianças mais velhas desempenharam mais tarefas e se mostraram mais independentes do que crianças mais novas. Inteligência avaliada no estudo, não teve associação significativa com os desfechos de participação doméstica. Sintomas de oposição foram preditivos de assistência disponibilizada em tarefas de cuidado próprio. Quanto maior o número dos sintomas maior foi a assistência nas tarefas entre os participantes com TDAH.	Nenhum participante deste estudo havia tomado medicação para ADHD por mais de quatro semanas. Consequentemente, a os resultados não captam o impacto da medicação sobre o envolvimento dessas crianças em tarefas domésticas. Além disso, como a maioria de nossa amostra foi derivada de famílias de baixo a médio nível socioeconômico, nossos resultados são restritos a participação de tarefas tipicamente observada nessas classes.	O papel dos sintomas de TDAH e oposição no envolvimento dos cuidadores pelos jovens deve ser entendido em combinação com as características da família e do ambiente familiar, o que inclui os tipos e a qualidade das interações pai-filho, bem como a orientação e o apoio prestados pelos cuidadores. Além disso, a organização e estruturação da rotina diária da família, os tipos de demandas de tarefas e a coerência com que o envolvimento das crianças e adolescentes no domicílio são necessários parecem ajudar a estimular e / ou restringir sua participação em casa.

Tabela 2. Continuação...

Autor (es) (Ano de publicação)	Amostra	Objetivos	Resultados principais	Limitações	Implicações para a prática clínica
DUNN; MAGALHÃES; MANCINI (2014)	132 crianças com idade entre 6 e 14 anos com e sem deficiência. As crianças formaram três grupos: com desenvolvimento típico, com distúrbios cognitivos ou comportamentais, como TDAH e Síndrome de Asperger, e aqueles com incapacidades físicas.	O objetivo deste estudo foi examinar a estrutura interna do CHORES avaliação da participação doméstica de crianças.	As subescalas Cuidado Próprio e Cuidado Familiar do CHORES mostraram Evidência de consistência interna forte (como 0,96 e 0,98, respectivamente). As propriedades psicométricas do CHORES são adequados para torná-lo útil para avaliar a participação das crianças nas tarefas domésticas.	Os participantes desse estudo foram de uma população relativamente homogênea, de maioria branca e dos EUA. Não incluiu a representatividade de crianças com deficiência.	O CHORES é um instrumento psicométricamente estável, fácil e rápido de administrar, e clinicamente relevante para medir a participação e grau de assistência provido pelos cuidadores. A estrutura interna do instrumento, discrimina a participação entre as crianças por habilidades e pela idade.

Instrumentos sobre o contexto domiciliar e implicações para a prática clínica

O CHORES é hoje um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a participação em tarefas domésticas de crianças em idade escolar. No entanto, outros instrumentos permitem a identificação de tarefas domésticas realizadas pelas crianças, bem como uma avaliação mais geral do contexto doméstico. O *Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS)*, considerado padrão ouro a (SPARROW; CICCHETTI; BALLA, 2005) é um questionário para pais, semi-estruturado, que avalia o comportamento adaptativo de indivíduos de 0 a 90 anos, em atividades da vida diária, nos principais domínios: comunicação, habilidades de vida diária, socialização, habilidades motoras e comportamento mal-adaptativo (opcional). Dentro das habilidades de vida diária, o subdomínio “doméstico” possibilita a identificação de quais tarefas domésticas são realizadas pela criança (SPARROW; CICCHETTI; BALLA, 2005), embora não possibilite avaliar o progresso dessas tarefas ao longo do tempo ou mudança na assistência necessária para realizá-la (DUNN; MAGALHÃES; MANCINI, 2014). Estudos que usaram o VABS com crianças com TDAH encontraram escores baixos de comportamento adaptativo nos domínios de comunicação, habilidades de vida diária e socialização, sendo essa ferramenta de grande utilidade para distinguir perfis desse diagnóstico de outras condições de saúde como distúrbios emocionais e comportamentais e deficiências de aprendizagem (BALBONI, et al., 2017; CLARK; PRIOR; KINSELLA, 2002; CROCKER et al., 2009).

Outro instrumento que possibilita o entendimento da participação da criança em casa, não somente em tarefas domésticas, é o *Participation and Environment Measure for Children and Youth (PEM-CY)*, que examina a extensão do envolvimento em tarefas

nos contextos da casa, escola e comunidade em crianças de 5 a 17 anos (COSTER et al., 2011). O instrumento também fornece informações sobre o suporte e desafios percebidos pelos pais em relação à participação em cada um desses contextos (COSTER et al., 2011). Com uma faixa etária mais restrita, porém com o mesmo formato, o *Children Participation Questionnaire (CPQ)* contém 44 atividades nas seguintes áreas de ocupação: atividades de vida diária (ex. vestir), instrumentais de vida diária (ex. preparar parte de uma refeição), brincar (ex. vídeo games), lazer (ex. andar de bicicleta), participação social (ex. visitar um amigo) e educacionais (ex. desenhar) (ROSENBERG; JARUS; BART, 2010). Por fim, o *Child and Adolescent Scale of Participation (CASP)* abrange a avaliação da participação doméstica, juntamente com os contextos da escola e comunidade (BEDELL; COSTER, 2008).

Uma característica de outros instrumentos é que eles abrangem a participação doméstica em conjunto com outros contextos e com outras tarefas que podem ser realizadas em casa, sem ser domésticas, necessariamente. Dessa forma, esses instrumentos possibilitam uma avaliação geral da funcionalidade da criança nesse contexto, mas não abrange a diversidade de tarefas que caracterizam a extensão do envolvimento no ambiente doméstico e não avalia a assistência do cuidador na realização dessas tarefas (DUNN, 2004). Nesse sentido, eles podem não ser apropriados para todo tipo de família uma vez que de acordo com os valores e expectativas, tarefas distintas podem ser demandadas, bem como a frequência com que elas ocorrerem, podendo gerar avaliações de perfis ocupacionais limitados ou mesmo equivocados. Também podem não ser apropriados quando se pretende ter o padrão de participação da criança em tarefas domésticas especificamente.

O *CHORES* avalia a participação em tarefas domésticas de crianças entre 6 e 14 anos e as mudanças ao longo do tempo, considerando os valores das famílias e suas atividades (DUNN, 2004). É importante ressaltar que esse instrumento não visa descrever tarefas que são realizadas eventualmente pela criança, mas sim aquelas que são responsabilizadas pelos pais para que elas realizem frequentemente. Por isso, a consideração dos valores e expectativas dos pais irá determinar quais tarefas ocorrem e a quantidade de ajuda necessária para sua realização. O engajamento nas tarefas domésticas é reportado sob a perspectiva dos pais, em duas subescalas: cuidado próprio (incluem as tarefas relacionados a interesses pessoais da criança como: guardar a própria roupa, guardar os brinquedos depois que brinca) e cuidado familiar (incluem as tarefas relacionadas a interesses comuns da família como: guardar a roupa da família, arrumar uma área compartilhada com os outros) (DUNN, 2004).

Conclusão

Considerando a heterogeneidade de como o quadro clínico de TDAH se manifesta, os poucos estudos envolvendo crianças com TDAH não permitem a generalização para crianças e adolescentes com esse diagnóstico. Porém, uma pergunta interessante é se seria possível generalizar a participação doméstica, tendo em vista nossas diversidades socioculturais e as peculiaridades das famílias e da própria manifestação do TDAH em cada criança. Podem existir diferentes perfis de participação que caracterizem essa população e, portanto, a busca pela generalização pode não ser uma expectativa realista, quando se trata do contexto clínico.

O CHORES é um instrumento que permite medir a participação doméstica das crianças e avalia-la ao longo do tempo, o que pode ser um aliado importante para o aprimoramento da avaliação ocupacional dessas famílias e crianças. O Terapeuta Ocupacional é o profissional que lida com a ocupação humana, visando promover maior autonomia e independência do indivíduo em seu contexto. Nesse sentido, esta revisão traz importantes apontamentos nesse campo de atuação.

Futuras investigações sobre outros fatores do ambiente familiar que podem restringir ou facilitar a participação doméstica dessas crianças são importantes para ampliar o conhecimento sobre perfis distintos que possam demandar intervenções ocupacionais específicas que promovam um ambiente mais funcional e harmonioso para as famílias e sua criança.

REFERENCIAS

AMARAL, M. et al. 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. et al. 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*, São Carlos, v. 16, n. 6, p. 515-522, nov/dez. 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

BALBONI, G. et al. Vineland-II adaptive behavior profile of children with attention-deficit/hyperactivity disorder or specific learning disorders. *Research in Developmental Disabilities*, v.61, p.55-65, 2017.

BEDELL, G.; COSTER, W. Measuring participation of school-aged children with traumatic brain injuries: Considerations and approaches. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, v.23, n.4, p.220–229, jul-aug .2008.

BOOSTER, G.D. et al., Functional Impairments in Children With ADHD: Unique Effects of Age and Comorbid Status. *Journal of Attention Disorders*, v. 16, n.3, p.179–189, 2012.

BOWES, J. M; FLANAGAN, C; TAYLOR, A. J. Adolescents' ideas about individual and social responsibility in relation to children's household work: some 54 international comparisons. *International Journal of Behavioral Development*, v. 25, n. 1, p.60-68, jan. 2001.

CLARK, C.; PRIOR, M.; KINSELLA, G. The relationship between executive function abilities, adaptive behavior, and academic achievement in children with externalizing behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v.43, p.785–796, 2002.

CONNOR, D.F.; STEEBER, J.; MCBURNETT, K. A Review of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Complicated by Symptoms of Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, v. 31, n.5 p. 427–440, Jun. 2010.

COSTER, W. et al. Psychometric evaluation of the participation and environment measure for children and youth. *Developmental Medicine and Child Neurology*, v.53,n.11, p.1030–1037, nov.2011.

CROCKER, N. et al. Comparison of adaptive behavior in children with heavy prenatal alcohol exposure or attention deficit/hyperactivity disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, v.33, p.2015–2023, 2009.

CUSSEN, A. et al. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *European Journal of Pediatrics*, v.171, n.2, p. 271-280, Feb. 2012.

DUNN, L.; MAGALHAES, L.C.; MANCINI, M.C. Internal structure of the Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports (CHORES) measure. *The American Journal of Occupational Therapy*, v.68, n.3, p.286-295, may-jun. 2014.

DUNN, L; GARDNER, J. Household Task Participation of Children With and Without Physical Disability. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 67, n. 5, p. 1–6, sep/oct. 2013.

DUNN, L. et al. Factors Associated with Participation of Children With and Without ADHD in Household Tasks. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, v.29, n.3, p. 274-294, 2009a.

DUNN, L. et al. Household Task Participation of Children With and Without Attentional Problems. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, v. 29, n. 3, p. 258-273, 2009b.

DUNN, L. Validation of the CHORES: a measure of school-aged children's participation in household tasks. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, v.11, n.4, p. 179-190, jul. 2004.

ENGEL-YEGER, B.; ZIV-ON, D. The relationship between sensory processing difficulties and leisure activity preference of children with different types of ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, v.32, n.3, p.1154–1162, may-jun, 2011.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

GARNER, A.A. et al. The relationship between ADHD symptom dimensions, clinical correlates, and functional impairments. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, v.34, p.469–477, sep. 2013.

GOODNOW, J. J. Children's household work: Its nature and functions. *Psychological Bulletin*, v.103, n.1, 5-26, 1988.

GOODNOW, J. J. et al. Would Ask Someone Else to Do This Task? Parents' and Children's Ideas About Household Work Requests. *Developmental Psychology*, v. 27, n. 5, p. 817-828, 1991.

GOODNOW, J. J. From household practices to parents' ideas about work and interpersonal relationships. In: HARKNESS, S; SUPER, C.M. (Eds.). *Parents' cultural belief systems: Their origins, expressions, and consequences*. New York: Guilford Press, 1996, p.313–344.

HARPIN, V.A. 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, Suppl I, i2–i7, 2005.

KAWABATA, Y.; TSENG, W.L.; GAU, S.S. Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and social and school adjustment: the moderating roles of age and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, v.40, n.2, p.177-188, 2012.

LAW, M. et al. The person/environment/occupation model: a transitive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, v.63, n.1, p.9-23, apr.1996.

MENDES, C.G. et al. Household task demands for quiet and focused behavior facilitate performance by ADHD youth. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v.72, n.7, São Paulo, p.524-529, jul. 2016.

ROGOFF, B. *A natureza cultural do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed, 2003. 355p.

ROGOFF, B. Developmental transitions in children's participation in sociocultural activities. In: Sameroff, A., Haith, M. M. *The five to seven year-shift: the age of reason and responsibility*. Chicago: The University of Chicago, 1996.

ROSENBERG, L.; JARUS, T.; BART, O. Development and initial validation of the Children Participation Questionnaire (CPQ). *Disability and Rehabilitation*, v.32, n.20, p. 1633-1644. 2010.

SINGH, A. et al. Overview of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Young Children. *Health Psychology Research*, v.3, n.2, p.2115, apr. 2015.

SPARROW, S.; CICHETTI, D.; BALLA, D. *Vineland Adaptive Behavior Scales II*. Circle Pines, MN: American Guidance Services, 2005.

YUCE, M. et al. Psychiatric comorbidity distribution and diversities in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: a study from Turkey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v.9, p.1791-1799, 2013.

WHITE, L. K.; BRINKERHOFF, D. B. Children's work in the family: its significance and meaning. *Journal of Marriage and Family*, v.43, n.4, p.789-798, nov. 1981.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a participação de crianças e adolescentes com TDAH nas tarefas domésticas.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar mudanças no desempenho das crianças com TDAH, no curso do tratamento, nas tarefas domésticas e no nível de assistência disponibilizada por seus cuidadores.
- Identificar fatores relacionados aos estilos parentais dos cuidadores e sintomas de ansiedade, depressão e TDAH das mães, associados às mudanças na participação doméstica das crianças e adolescentes em tratamento.
- Identificar as estratégias utilizadas pelos cuidadores para promover a participação doméstica das crianças e classificá-las como positivas e negativas.
- Investigar se existe associação entre a importância atribuída pelos cuidadores à participação da criança em casa e a satisfação com o desempenho atual deles nas tarefas domésticas com o uso de estratégias.

4 MÉTODOS

A participação de crianças e adolescentes com TDAH nas tarefas domésticas foi analisada sob uma perspectiva quantitativa e qualitativa. Trata-se de dois estudos, um

longitudinal e outro transversal, ambos realizados no Ambulatório de Psiquiatria Borges da Costa, onde crianças e adolescentes com TDAH são acompanhadas periodicamente pela equipe do Núcleo de Investigações sobre a Impulsividade e Atenção (NITIDA).

4.1 Participantes

Participaram do Estudo 2, 51 pais ou responsáveis de crianças e adolescentes com TDAH, de idade entre 6 e 14 anos, de ambos os sexos, que faziam acompanhamento no Ambulatório de Psiquiatria Borges da Costa, do Hospital das Clínicas da UFMG de Belo Horizonte/MG. A seleção das crianças e adolescentes ocorreu por conveniência, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: confirmação do diagnóstico de TDAH; concordância da família em participar do estudo; criança em acompanhamento por pelo menos seis meses. Os critérios de exclusão foram: criança com deficiência intelectual (Matrizes Progressivas Coloridas de Raven abaixo do percentil 10), história ou evidência atual de psicose, autismo, distúrbios cerebrais, ou qualquer doença genética ou médica relacionada a comportamentos exteriorizados que podem imitar o TDAH, e descontinuidade do tratamento medicamentoso por pelo menos 3 meses. A maioria dos indivíduos estavam sob uso de metilfenidato com doses entre 0,4 e 1 mg / kg / dia.

Para o Estudo 3, os mesmos critérios de inclusão e exclusão foram adotados, exceto pelo tempo de tratamento, critério de inclusão utilizado apenas para o Estudo 2. Foram excluídas famílias que já tivessem feito algum tratamento comportamental, como treinamento de pais ou outros relacionados. Participaram 100 pais ou responsáveis de crianças e adolescentes com TDAH com no máximo três meses de início de tratamento.

O diagnóstico foi estabelecido pelos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)¹, 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)², 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 IIR³. O instrumento é aplicado com os pais e, quando possível, com as crianças/adolescentes. Havendo discordância entre diferentes fontes de informações, coube ao avaliador tomar a decisão baseada em seu melhor julgamento clínico². As avaliações foram realizadas por membros do NITIDA, ambulatório especializado no cuidado do TDAH. Em casos discordantes, a definição final do diagnóstico das crianças da amostra, resultou de reunião de especialistas para discutir os casos, pautando-o nas informações disponibilizadas pelos pais e pelas crianças/adolescentes em entrevista psiquiátrica.

4.2 Instrumentação

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

O CHORES (Anexo C) é um questionário para pais e cuidadores com o objetivo de mensurar a participação em tarefas do contexto domiciliar de crianças e adolescentes de idade entre 6 e 14 anos⁴. O instrumento é constituído por duas partes, sendo uma com questões fechadas e outra com questões abertas. A Parte I possui 34 itens referentes às tarefas domésticas categorizadas em duas subescalas: tarefas de cuidado próprio e tarefas de cuidado familiar. Tarefas de cuidado próprio consistem em tarefas que

envolvam as necessidades e os pertences da própria criança ou adolescente em seu próprio espaço, por exemplo “*guardar os brinquedos depois que brinca*” e “*preparar o próprio lanche*”, enquanto as tarefas de cuidado familiar envolvem necessidades e pertences de interesse comum da família e espaço comum, por exemplo “*lavar a louça*” e “*arrumar a área compartilhada pelos outros*”⁴.

Para cada item do CHORES, existem dois tipos de respostas, que informam sobre o desempenho da criança (1 = a criança faz a tarefa; 0 = a criança não faz a tarefa). Quando a criança realiza a tarefa, uma escala Likert de 6 pontos detalha o tipo e a quantidade de assistência disponibilizada para a criança que realiza a tarefa (6= faz por iniciativa própria mais de 50% das vezes; 5= faz quando solicitado; 4= faz com supervisão; 3= faz alguma ajuda; 2= faz muita ajuda). Caso a criança não realize a tarefa, a criança recebe 0 (quando não é esperado que ela faça), ou 1 (quando ela não é capaz de realiza-lo). A pontuação de cada item é somada e são gerados escores totais e parciais de desempenho e assistência nas subescalas de cuidado próprio e de cuidado familiar. 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 domésticas⁴.

A parte aberta (Parte II) consiste em uma entrevista semiestruturada que aborda valores e as crenças dos pais com relação a participação de seus filhos nas atividades domésticas. Uma escala Likert de 6 pontos pontua o grau de importância e satisfação dos pais sobre a participação de seus filhos nas tarefas domiciliares. Em acréscimo, eles respondem abertamente sobre o porquê da importância (ou não importância) para os seus filhos e as razões para a sua satisfação (ou insatisfação) com o desempenho de seus

filhos⁴. Nessa mesma parte é questionado aos pais quais as estratégias são utilizadas para promover a participação de seus filhos em casa.

Este instrumento, quando utilizado na versão traduzida para o português⁵ 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 de seus escores quando administrado em intervalo de até 14 dias⁶.

4.2.2 Swanson Noland and Pelham-IV (SNAP IV)

A versão brasileira do SNAP-IV (Anexo D) foi utilizada para caracterizar os sintomas das crianças e adolescentes. Trata-se de um questionário de triagem para TDAH e Transtorno Opositivo Desafiador, baseado nos critérios estabelecidos pelo DSM-IV⁷, aplicado aos pais/responsáveis e professores. 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)⁶. Os itens são pontuados em uma escala de 4 pontos (0=nem um pouco, 1=só um pouco, 2=bastante e 3=demais). Para este estudo, foram utilizados apenas o preenchimento de pais ou responsáveis da criança.

4.2.3 Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP) –Versão Reduzida

Composto por 32 itens, que constituem três dimensões de estilos parentais (democrático, autoritário e permissivo), o QEDP (Anexo E) é um questionário aplicado aos pais/responsáveis, que avalia seus estilos e práticas parentais específicas relacionadas ao cuidado de seus filhos⁸. Para cada pergunta, é indicado o grau de

frequência em que os comportamentos apresentados ocorrem, por meio de uma escala Likert de 5 pontos (1 = Nunca; 5 = Sempre)⁸.

Para o estilo democrático, o questionário inclui subescalas de Apoio e Afeto (5 itens; ex.: elogio o(a)meu/minha filho(a) quando se comporta ou faz algo bem), Regulação (5 itens; ex.: saliento as razões das regras que estabeleço) e Cedência de Autonomia/ Participação Democrática (5 itens; ex.: incentivo o(a) meu/minha filho(a) a expressar-se livremente, mesmo quando não está de acordo comigo)⁸. O padrão autoritário inclui dimensões de Coerção Física (4 itens; ex.: dou uma palmada no (a) meu/minha filho (a) quando se porta mal), Hostilidade Verbal (4 itens; ex.: grito ou falo alto quando o(a) meu/minha filho(a) se porta mal) e Punição (4 itens; ex.: castigo o(a) meu/minha filho(a) retirando-lhe privilégios com poucas ou nenhuma explicação)⁸. O estilo permissivo é constituído por uma única dimensão: Indulgência (5 itens; ex.: são mais as vezes em que ameaço castigar o(a) meu/minha filho(a) do que aquelas em que realmente o(a) castigo)⁸.

Este instrumento tem boas qualidades psicométricas de suas subescalas tendo sido implementado em diversos contextos culturais, atualmente em adaptação e validação no Brasil pelo Núcleo de Investigações sobre a Impulsividade e Atenção – NITIDA.

4.2.4 Adult ADHD Self-Report Scale- Version 1.1 (ASRS)

Para avaliar traços de TDAH nas mães, foi utilizada a versão brasileira do ASRS⁹, um questionário de 18 itens, pontuados por uma escala do tipo Likert, de 5 pontos (0=Nunca; 1=Raramente; 2=Algumas vezes; 3=Freqüentemente; 4=Muito

frequentemente). Desses itens, 9 estão relacionados à desatenção e 9 à hiperatividade/impulsividade. A soma das respostas descreve o nível de TDAH⁹.

4.2.5 Inventário da Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

Trata-se de instrumento de auto relato (Anexo F) que consiste em 20 itens, pontuados em uma escala do tipo Likert que varia de 1 “quase nunca” a 4 “quase sempre”¹⁰. Para o presente estudo, foi utilizada apenas a escala de traço de ansiedade (“como você geralmente se sente”), uma vez que ela está mais relacionada à ansiedade estável do indivíduo. Altos escores finais indicam altos traços de ansiedade¹⁰.

4.2.6 Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

O Inventário de Beck para Depressão¹¹ foi utilizado para detectar sintomas de depressão nas mães. Composta por 21 itens, a versão brasileira do instrumento, estabelece escores finais (resultado da soma das respostas dos itens) que podem variar de 0 a 63, que indicam a intensidade da depressão¹¹.

4.2.7 Matrizes Progressivas Coloridas de Raven

O teste de Raven é um instrumento utilizado para avaliar o quociente de inteligência, por meio do raciocínio indutivo¹². O desempenho da criança é convertido em um percentil, de acordo com a versão traduzida do teste¹².

4.2.8 Informações demográficas

Informações sobre as crianças e cuidadores foram relatadas a partir de uma entrevista semi-estruturada (Anexo C). Para identificar o nível socioeconômico das famílias foi utilizado o Critério de Classificação Econômico Brasil (CCEB) da ABEP¹³, um questionário que inclui informações sobre a presença 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 item do questionário, que são somados resultando em um escore final. Pontos de corte nos escores estratificam essa classificação em categorias hierárquicas de classes econômicas, que caracterizam as famílias nos níveis: alto (A1, A2, B1), médio (B2, C1, C2), e baixo (D, E).

4.3 Procedimentos

O presente estudo foi realizado pela mestranda, que possui graduação em Terapia Ocupacional, pela Universidade Federal de Minas Gerais. Os procedimentos para coleta de dados, exceto aqueles relacionados ao diagnóstico tiveram duração média de 30 minutos e foram realizados exclusivamente pela pesquisadora, no Ambulatório de Psiquiatria Borges da Costa, que integra o complexo do Hospital das Clínicas da UFMG de Belo Horizonte/MG. Antes de preencherem qualquer formulário ou responderem às entrevistas, os pais ou responsáveis, foram informados quanto aos objetivos do estudo e, após concordarem com a participação voluntária, solicitou-se a assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, referente ao 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).

Os seguintes instrumentos: ASRS, IDATE e BDI, foram preenchidos pelos próprios cuidadores no momento de entrada da criança ou adolescente no ambulatório, dado o diagnóstico de TDAH, enquanto os demais instrumentos (CHORES, SNAP-IV, QEDP e as informações demográficas) foram coletados pela pesquisadora. Para o

Estudo 1, as famílias responderam ao CHORES e SNAP-IV no início do tratamento no Ambulatório (máximo de 3 meses da confirmação do diagnóstico e início do acompanhamento) e após 1 ano de tratamento no mesmo local. Para o estudo 2, foi utilizada apenas a parte II do CHORES, respondida uma única vez pelos participantes.

4.4 Análises estatísticas

Para a caracterização da amostra, foram realizadas análises estatísticas descritivas com índices de frequência, tendência central (média) e dispersão (desvio padrão). Inicialmente foi verificada a distribuição de normalidade das variáveis através do teste de Kolmogorov-Smirnov para definição de testes estatísticos paramétricos ou não paramétricos. Para verificar mudanças significativas nos escores do CHORES e SNAP-IV foram realizados testes-t para amostras pareadas, no caso de variáveis com distribuição normal, e Teste de Wilcoxon, para as demais que não tivessem distribuição normal. Equações de estimação generalizadas (EEG) identificaram os fatores associados às mudanças no CHORES e a influência das características psicológicas das mães e estilos parentais. Teste Qui-Quadrado testou a associação entre a importância atribuída pelos pais e satisfação com o desempenho das crianças nas tarefas domésticas.

Estas análises foram realizadas através do software SPSS versão 20.0. O nível de significância considerado foi $<0,05$.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. 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*. 1997; 36 (7): 980–88.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. Dunn L. Validation of the CHORES: A measure of school-aged children's participation in household tasks. *Scand J Occup Ther*. 2004; 11(4):179–90.
5. Amaral MF, Paula RL, Drummond AF, Dunn L, Mancini MC. Translation of the children helping out—responsibilities expectations and supports (CHORES) questionnaire into Brazilian-Portuguese: Semantic, idiomatic, conceptual and experiential equivalences and application in normal children and adolescents and in children with cerebral palsy. *Braz J Phys Ther*. 2012; 16 (6): 515–22.
6. Amaral M, Drummond A, Coster W, Mancini M. Household task participation of children and adolescents with cerebral palsy, down syndrome and typical development. *Res Dev Disabil*. 2014; 35(2), 414–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2013.11.021>.

7. Mattos P, Serra-Pinheiro MA, Rohde L, Pinto D. A Brazilian version of the MTA-SNAP-IV for evaluation of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional-defiant disorder. *Rev Psiquiatr Rio Gd. Sul.* 2006; 28(3): 290-7.
8. Miguel I, Valentim, JP, Carugati, F. Questionário de Estilos e Dimensões Parentais – Versão Reduzida: Adaptação portuguesa do Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – Short Form. *Psychologica.* 2009; 51:169-88.
9. Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006;33:188-94.
10. Biaggio AMB, Natalício L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Rio de Janeiro, RJ: Centro Editor de Psicologia Aplicada;1979.
11. Gorenstein C, Wang Y-P, Argimon IL, Werlang BSG. Manual do Inventário de depressão de Beck - BDI-II. Beck AT, Steer RA, Brown GK, editors. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2011.
12. Pasquali L, Wechsler S, Bensusan E. Raven's Colored Progressive Matrices for Children: a validation study for Brazil. *Aval. Psicol.* 2002; 1(2): 95-110.
13. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (ABEP). Data obtained from the Socioeconomic Survey – 2005 – IBOPE]. 2012. Available at: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>>. Accessed on May 5, 2016.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Artigo 2

Longitudinal study of predictive factors of Attention-deficit/hyperactivity Disorder (ADHD) children's participation in Household Tasks: influence of parenting styles and maternal ADHD, anxiety and depressive features

Running title: ADHD children's participation in household tasks

Camila G. Mendes^{a*}, Danielle S. Costa^b, Antônio A. Soares^c, Adriana F. Drummond^d, Leandro M. Diniz^e, Marisa C. Mancini^f, Debora M. Miranda^g

^a Postgraduate Program in Child and Adolescent Health, School of Medicine, Federal University of Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil; camilagmbh@gmail.com; <http://lattes.cnpq.br/6911508640517616>. Evaluated children's occupational activities, analyzed data, wrote the manuscript

^b Postgraduate Program in Molecular Medicine, School of Medicine, Federal University of Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil; daniellesouza.psi@gmail.com; <http://lattes.cnpq.br/0108895429411114>; Dr Costa contributed with clinical interview, data analysis, and manuscript writing.

^c Child Psychiatrist, Postgraduate Program in Molecular Medicine, School of Medicine, Federal University of Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil; antonioalvimjr@gmail.com; Dr. Alvim-Soares contributed with children enrollment, clinical interview, and manuscript writing

^d Department of Occupational Therapy, Postgraduate Program in Rehabilitation Sciences, School of Physical Education, Physiotherapy and Occupational Therapy, Federal University of Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil; adfdrummond@gmail.com; <http://lattes.cnpq.br/6435978978480350>; Dr. Adriana contributed to manuscript writing, in choice of instrument and training for its use.

^e Department of Mental Health, Postgraduate Program of Molecular Medicine, School of Medicine, Federal University of Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil; National Institute of Science and Technology of Molecular Medicine (INCT-MM), Belo Horizonte, Brazil; malloy.diniz@gmail.com; <http://lattes.cnpq.br/1906784092048967>; Dr. Malloy Diniz was responsible for the protocols of evaluation, revised the manuscript.

^f PhD, Professor, Department of Occupational Therapy, Postgraduate Program in Rehabilitation Sciences, School of Physical Education, Physiotherapy and Occupational Therapy, Federal University of Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil; marisacmancini@gmail.com; lattes.cnpq.br/2626993746852223; Dr. Mancini designed the study, supervised the evaluations, and contributed in manuscript writing

^g PhD, MD, Professor, Department of Pediatrics, Postgraduate Program in Child and Adolescent Health, School of Medicine, Federal University of Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil; National Institute of Science and Technology of Molecular Medicine (INCT-MM), Belo Horizonte, Brazil; debora.m.miranda@gmail.com; <http://lattes.cnpq.br/7199755730477708>; Dr. Miranda was responsible for children enrollment, clinical assessment and supervision of clinical and research activities, and contributed in manuscript writing.

***Correspondence:** Debora Marques de Miranda; Associate Professor, Department of Pediatrics, Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Prof. Alfredo Balena, 190 Santa Efigênia, 30130-10, Belo Horizonte, MG, Brazil; dmmiranda@ufmg.br; debora.m.miranda@gmail.com.

Conflict of interest: There is no conflict of interest to declare

Este artigo foi enviado em 26/11/2016 ao Jornal de Pediatria e encontra-se em tramitação.

RESUMO

Objetivos: Os objetivos deste estudo foram avaliar mudanças na participação doméstica de crianças com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em tratamento e identificar estilos parentais e sintomas psiquiátricos maternos associados ao desempenho nas tarefas domésticas e da assistência disponibilizada pelos cuidadores.

Métodos: Cinquenta e uma crianças entre seis e 14 anos diagnosticadas e atualmente em tratamento para TDAH foram avaliadas em dois pontos de tempo, com 16 meses de intervalo, por seu envolvimento em tarefas domésticas, assim como tipo e quantidade de assistência provida pelo cuidador, conforme medido pelo *Children Helping Out: Responsibilities, Expectatives and Support (CHORES)*. Os cálculos do Índice de Mudança Confiável (IMC) foram calculados para a frequência de crianças com alterações clinicamente significativas no CHORES. Os fatores preditivos do desfecho incluíram medidas de estilos e dimensões parentais e sintomas maternos de TDAH, ansiedade e depressão. **Resultados:** Mudanças significativas foram evidenciadas no número de tarefas desempenhadas pelas crianças e redução na assistência disponibilizada pelos cuidadores. Sintomas maternos de TDAH identificados na linha de base e o estilo parental autoritário foram preditivos de menor desempenho de tarefas e maior assistência dos cuidadores, e maior desempenho de tarefas e menos assistência dos cuidadores, respectivamente. **Conclusão:** Para crianças com TDAH em tratamento, as características psicológicas maternas e os estilos e dimensões dos pais tiveram um impacto nos resultados funcionais. Esses achados enfatizam a importância de avaliar e

abordar as características da família para melhorar as chances de sucesso das crianças em qualquer intervenção.

Palavras-chave: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, tarefas domésticas, características parentais, tratamento, transtornos psiquiátricos.

ABSTRACT

Objetives: The aims of the current study were to evaluate changes in household tasks participation of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder along treatment and identify predictive factors of household tasks performance and caregiver assistance provide by caregivers. **Methods:** 51 children from six to 14 years diagnosed with and currently in treatment for ADHD were evaluated at two-time points, 16 months interval, for their engagement in a household task as well as type and amount of caregiver assistance as measured by the Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports (CHORES). Reliable Change Index (RCI) calculations were computed to the frequency of children with clinically meaningful changes in CHORES. Predictive factors of the outcome included measures of parenting styles and dimensions, and maternal symptoms of ADHD, anxiety, and depression. **Results:** Significant changes were evidenced in the number of performed tasks and in the reduction of assistance provided by caregivers. Maternal ADHD identified at baseline and the authoritarian parental style were predictive of decreased of tasks performance and increased of assistance by caregivers, respectively. **Conclusion:** For children with ADHD under treatment, maternal psychological features and parental styles and dimensions have an impact on functional outcomes. These findings emphasize the importance to evaluate and address family features to improve children chances of success in any intervention.

Keywords: Attention deficit/hyperactivity disorder, household tasks, parenting features, treatment, psychiatric disorders

INTRODUCTION

Participation in household chores captures the learning of skills that prepares for independent living. During childhood and adolescence, the adult caregiver gradually transfers the responsibility of daily household tasks to the child¹. Children's participation in household tasks depends on a complex interaction and balance between factors such as personal characteristics of the child (e.g. personality, age, sex), social-environmental factors (e.g. family values, family composition, socioeconomic status), and family demands to accomplish the tasks². This learning process, of child engagement in his/her home daily activities, is multifactorial³. Performance of more household tasks has been associated with greater self-control, improved social skills, and positive behavior of children and adolescents with and without disabilities³. In children with disabilities, the responsibility for the daily teaching of activities falls at their families as one more activity in an already overloaded family. Thus, these children may not have adequate time or opportunities to develop the independence and skills they will need as active adults³.

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common disorders of childhood, characterized by age-inappropriate, persistent, and pervasive symptoms of impulsivity, inattentiveness, and/or hyperactivity⁴. ADHD results in functional impairment including poor academic achievement, negative social behavior and impaired relationships with peers⁵. Also, ADHD children's symptoms may influence and suffer the influence of the features of other people around them. Parental mental health, ADHD symptom severity at baseline, and higher parent-reported

impairment are predictive of the number of symptoms and persistence of ADHD⁶. A community-based study observed that children diagnosed with ADHD have families with lower quality of life, more parental depression, anxiety and stress and less parental warmth, less parenting consistency and more hostile parenting styles compared with children who screened negative for ADHD⁷. The stress associated with raising a child with ADHD intensifies the use of harsh authoritarian parenting strategies, and parent psychiatric symptomatology, hindering the successful implementation of interventions⁸. The widest used treatment for ADHD is the pharmacological which has proven to be efficacious in relevant ways⁹. However, studies investigating the influence of family factors on changes during ADHD treatment have focused mostly on children's symptomatology, not on children's functionality in family environment.

The Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports (CHORES) is an assessment of children functionality. CHORES measures the participation of school-aged children in household tasks and their changes over time, considering the activities and values of the families. These tasks are categorized as self-care tasks (e.g. puts away own clothes and makes a snack) and family-care tasks (e.g. brings in or puts away groceries and prepares part of a cold meal for the family)³; this instrument allows the documentation of the process of engagement in home activities and routines, in addition to the type and number of tasks performed. For children with ADHD, the number of household tasks performed and the amount of assistance they receive to do those tasks is related to family-environment factors such as family and friends support, health services, special education, parental mental disorder status, and support from health professionals¹⁰.

Considering the importance of performing household chores for the development of skills that leads to independence and adaptive functioning in daily life¹⁰, and that this is a transactional process partially dependent on the caregivers' features, we sought to investigate the predictive role of parenting styles and maternal psychiatric traits (i.e., ADHD, anxiety, and depression) on the change of ADHD children's participation in household tasks after about a year of pharmacological treatment. Specifically, we aimed to investigate: (1) Does in-treatment children with ADHD have an improvement in self-care or family care performance or a decrease of caregivers' assistance along a year of follow-up? (2) Could we identify any family features regarding parenting styles and maternal psychiatric symptoms associated with household task participation changes in ADHD patients in treatment?

METHODS

Participants

Participants were 51 children with ADHD (9 girls and 42 boys) and their parents or main caregivers. Children were six to 14 years old. The families enrolled in this study were recruited from an ongoing study conducted at the University Hospital of the Federal University of Minas Gerais (UFMG). All children had a diagnosis of ADHD by DSM-IV criteria⁴. ADHD diagnosis was supported by the *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime (K-SADS-PL)* interview¹¹. Thirteen

(25%) children were diagnosed with the inattentive subtype, nine (18%) with the hyperactive subtype (ADHD-H), and 29 (57%) with the combined subtype (ADHD-C).

Participants' inclusion criteria were as follow: a) child's ADHD diagnosis; b) family agreement to participate in the study; and c) follow-up for at least six months. Exclusion criteria were: child with intellectual impairment (Raven's Colored Progressive Matrices below the 10th percentile)¹², history or current evidence of psychosis, autism, brain disorders, or any genetic or medical disorder associated with externalizing behavior that might mimic ADHD, and treatment discontinued for three months. All included individuals were under treatment following routine protocol. Most of the individuals were in use of Methylphenidate with doses between 0.4 and 1mg/kg/day. The study protocol was approved by local Ethics Committee.

Measures

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

The Brazilian version of the CHORES³ is as parent-report containing 34 items related to household tasks. Each item requires two different types of response. The first is a simple Yes/No regarding child performance of each task (1= the child does the task; 0 = the child does not do the task). When the child does the task, a Likert scale details the type and amount of assistance provided by the caregiver to have the task accomplished (6 = on own initiative; 5 = when asked; 4 = with supervision or monitoring; 3 = with some assistance; 2 = with many assistance). If the child does not do the task, he/she receives a score of 1 (the child cannot do the task) or a score of 0 (the child is not expected to do it). The CHORES indices informs the child performance in 'self-care'

and 'family-care' tasks and the level of assistance they receive from caregivers in each of these subscales. High-performance scores suggest the child performs a large number of household tasks; high assistance scores indicate greater independence in household tasks³. The Brazilian version of CHORES shows a higher test-retest reliability and strong consistency in intervals of up to 14 days¹³.

Parenting Styles and Dimensions Questionnaire - Short Form (PSDQ). We used the Portuguese version of PSDQ to measure parenting styles¹⁴. It contains 32 items separated into three dimensions of parenting styles: authoritative, authoritarian and permissive. For each item, parents indicate how often they practice the described attitude towards their child in a 5-point Likert scale ranging from 1 (Never) to 5 (Always)¹⁴.

Adult ADHD Self-Report Scale- Version 1.1 (ASRS). Maternal ADHD trait level was evaluated through the Brazilian version of ASRS scale¹⁵. ASRS is a 5-point Likert scale (0–4 point anchors) and an 18-item self-report measure, nine referring to inattention and nine to hyperactivity-impulsivity. The sum of the 18 items of this scale describes the total level of ADHD problems with high scores indicating a higher level of ADHD-like behaviors.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI-T). The Brazilian version of STAI¹⁶ comprises 20 items rated on a 4-point scale. We only used the trait anxiety scale ("how do you *generally* feel"), which denotes relatively stable anxiety symptoms of a person. Higher final scores indicate a higher anxiety trait.

Beck Depression Inventory-II (BDI-II). The Beck Depression Inventory is used worldwide for detecting depressive symptoms. The final score of the Brazilian version of BDI-II¹⁷ can range from 0 to 63 with higher scores indicating worse depression severity.

Demographic information. Caregivers reported the child and personal family information through a semi-structured interview. Socioeconomic level (SES) was classified by the most used criteria in Brazil, the Brazilian Criteria of Economic Classification (CCEB)¹⁸. It includes nine items that informs the available resources at home and one item considering the education level of the householder. This scale ranges from 0 to 46 points and classifies into eight economic classes. Most families (68%, n=35) received the socioeconomic classification C, corresponding to an average familiar monthly; then B (19.6%, n = 10), D (5.8%, n = 3), A (3.9%, n = 2) and S (1.9%, n = 1). This data was used as continuous variable and a covariate in this study.

Raven's Colored Progressive Matrices. The Raven's CPM is a non-verbal test of inductive reasoning and often regarded as a good marker of general intelligence. The child's performance was converted into a percentile score according to the Brazilian version of Raven's CPM¹².

Swanson Noland and Pelham-IV (SNAP-IV) - Parents or caregivers reported children's ADHD behavior toward SNAP-IV. The scale includes 26 items, separated into three subscales: inattention, hyperactivity/impulsiveness, and oppositional behavior. The items are scored on a 4-point scale (0 = not at all, 1 = just a little, 2 =

quite a bit, and 3 = very much)¹⁹. Participants were characterized by the sum of the scores of the answers given by parents / caregivers in each subscale.

Procedure

Baseline measures were assessed before treatment beginning. Follow-up measurement was performed after at least six months of stable dosage and continuous pharmacological treatment. All participants had continuous treatment until the last assessment with no reported significant adverse effects.

Demographic data, child's intelligence and maternal measures were collected at the first attendance by trained group of psychologists. Then, caregivers were interviewed by a single examiner about their child's participation in household tasks (CHORES) and responded the baseline SNAP-IV questionnaire after treatment engagement. Follow-up CHORES and SNAP-IV measures were then retaken. The interval between the baseline and the follow-up ranged from eight to 28 months. The PSDQ was responded by the main caregiver at follow-up. CHORES and SNAP-IV respondents were mainly the mothers (n=43, 84%) and data were collected at both time points with the same caregiver by the same examiner.

Data analysis

Data were analyzed using SPSS 22.0²⁰. Baseline demographic characteristics and predictors were described in terms of means and SDs (continuous data). CHORES assistance scores were transformed into weighted scores, according to calculations made using Dunn³, to control for the fact that not all families expect their children to perform

the same tasks. CHORES (household participation) and SNAP-IV (child ADHD symptoms) measures were characterized regarding changes between baseline and follow-up. Baseline and follow-up scores were further compared (Paired samples T-tests or Wilcoxon signed-rank test), and effect sizes for repeated measures were estimated. Additionally, Reliable Change Index (RCI) calculations²¹ were computed for the CHORES measures to describe the frequency of children with clinically meaningful changes. In the RCI, values equal/higher than 1.96 were representative of a reliable change at a 95% confidence level ($p=0.05$), unlikely to be explained by measurement error. Finally, we described the frequency of children with ADHD rated as ‘independent’ in household tasks according to CHORES recommendations (scores “5” and “6”).

The effect of parenting styles and maternal behavioral/emotional characteristics of children’s household tasks was investigated with Generalized Estimating Equations (GEE). All models were fitted by using GEE with a linear regression model, robust estimators, and exchangeable structure for working correlation matrices. Every measure was standardized with respect to the sample mean and SD (i.e., depicted in z score) to represent the magnitude of each predictor on the dependent variables. These effect sizes were interpreted by using Cohen’s conventions (small: $d = 0.2$, medium: $d = 0.5$, large: $d = 0.8$).

RESULTS

Table 1 reveals the sample characteristics, including the descriptive features of caregivers regarding parenting styles and the maternal level of symptoms of ADHD, anxiety and depression.

INSERT TABLE 1

Changes in child ADHD symptoms' severity and participation in household tasks are shown in Table 2. According to caregivers' report, symptoms of children decreased with a small effect for inattentive behaviors and with a large effect for the hyperactive-impulsive level. Children's participation in the self-care and family care measures of CHORES increased with medium effects. All changes were significant with p-values <0.001.

INSERT TABLE 2

RCI calculations showed that 61% of the children showed clinically meaningful improvements in self-care performance and 57% in the family-care performance. Assistance scores were improved in a clinically meaningful way for 63% of the children in self-care tasks and 51% in family-care tasks. So, children also become more independent in performing the tasks. The frequency of ADHD children rated as independent at baseline and follow-up tended to increase (see Table 3), except for three items in the family-care tasks category. Therefore, there was evidence for a pattern of improvement from baseline to follow-up.

INSERT TABLE 3

Tables 4 and 5 show the results for GEE analysis. None of the covariates, i.e., child age at baseline, child intelligence, family socioeconomic score and time between baseline and follow-up had a significant main effect on the GEE models (all $p > 0.05$).

Regarding parenting behaviors towards ADHD children, only the Authoritarian dimension of the PSDQ was predictive of the improvement in family-care tasks (performance and assistance). Authoritative and Permissive scores were not related to any of the CHORES measures at a significant level ($p > 0.05$).

As shown in Table 5, improvement in family-care performance scores was associated with lower levels of maternal ADHD symptoms. Also improvement in family-care performance and self-care assistance were associated with lower levels of maternal ADHD symptoms that means increase in the number of tasks performed and reduction of assistance from caregivers. Maternal depressive and anxiety characteristics were not associated with any scores of CHORES.

DISCUSSION

The children with ADHD enrolled in this study showed significant symptoms' decrease and functional improvement as measured by the *Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports (CHORES)* after a median of 16 months of treatment in average. In household tasks, children presented better performance and less amount of assistance at follow-up. Further, we investigated family features associated with this pattern of changes.

Regarding parenting styles and dimensions, we found that the authoritarian dimension influenced the increase in the number of tasks performed and the independence among children with ADHD in the family-care domain. The authoritative and permissive parenting dimensions were not associated with any pattern of changes in household tasks. An authoritarian parenting style is usually characterized by power exercise and reduced levels of support, involvement or communication, and is commonly found in parents of children with ADHD²². The authoritarian strategy is taken by caregivers trying to shape, to control and evaluate their children considering a defined standard of conduct²². Previous studies showed that authoritarian characteristics in parents are more related to persistent ADHD, higher severity of ADHD symptoms and poorer academic achievement among children²³. Therefore, we unexpectedly found the authoritarian dimension to be the one predictive of improvement of child participation and independence, even though it was observed a small effect and only for the family-related tasks. This results have only occurred in the tasks of family care, which are more complex tasks and are usually expected for children to be around 11 to 14 years of age²⁴. Thus an effect of age in these findings can not be disregarded and it may indicate also that a higher parent expectation of the child and a greater level of control to ensure the meeting of the settled expectations might favor the learning of family-care skills. Without training, parents may think difficult to choose other strategies that promote the participation of children considering the challenges of having a child with ADHD. An interesting and non-evaluated question refers to “the cost to be paid” for children who have more authoritarian parents.

Considering maternal psychiatric features, ADHD symptoms were predictive of number performed tasks in the family-care domain, and of assistance provided by caregivers in self-care tasks. Parents of children with ADHD usually have more symptoms of ADHD themselves than parents of children with typical development²⁵. Lower maternal ADHD symptoms had significant influence on increase of performance in family-care tasks and decrease of assistance in self-care and family-care tasks. The impact of maternal-ADHD symptoms is expected, kids may not perform family-care activities just because their mothers might fail in providing examples or models of how to do the task or to give opportunities for the child to do it. Once the mother has symptoms of ADHD, deficits in organizing their time and routine tasks may be common²⁶. Opportunities to perform self-care tasks occur more frequently than family-care tasks, which facilitate self-care learning as opposed to family-care learning that may be more dependent on directive and guided instruction¹⁰.

Further studies are needed to investigate the mediating mechanisms of this relationship between maternal ADHD symptoms and child improvement in self-care and to understand the strategies used by parents at home.

Limitations

We are aware of the limitations of this study, improvement of participation in self and family care tasks with aging are expected in children with ADHD and with typical development¹⁰, so we cannot exclude any aging effect other than the ones controlled by statistical analyses.

In conclusion, we found a pattern of significant improvement in household participation among children with ADHD in treatment for an average of 16 months. We also identified family characteristics that influenced this pattern of improvement. Most research in ADHD evaluates academic performance and the number of ADHD symptoms as a measure of treatment success. Here, we used a functional household instrument to understand more of the family impact on functional outcomes of children under the widest used treatment for ADHD. In line with other studies, we reaffirm the impact of maternal psychological features and parental style over ADHD functional outcomes for children under treatment. These findings emphasize the importance to evaluate and address family features such as parenting strategies and psychiatric traits to improve children chances of success in any intervention.

Acknowledgements

The authors gratefully acknowledge all participants. This study was supported by the Brazilian agencies for research development: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), and Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

REFERENCES

1. Goodnow JJ. From household practices to parents' ideas about work and interpersonal relationships. In: Harkness S, Super CM, eds. *Parents' cultural belief systems: Their origins, expressions, and consequences*. New York: The Guildford Press; 1996. p. 313-44.
2. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person/environment/occupation model: a transitive approach to occupational performance. *Can J Occup*. 1996; 63: 9-23.
3. Dunn L. Validation of the CHORES: A measure of school-aged children's participation in household tasks. *Scand J Occup Ther*. 2004; 11:179-90.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
5. Garner AA, O'Connor BC, Narad ME, Tamm L, Epstein JN. The relationship between ADHD symptom dimensions, clinical correlates, and functional impairments. *J Dev Behav Pediatr*. 2013; 34: 469-77.
6. Agnew-Blais JC, Polanczyk GV, Danese A, Wertz J, Moffitt TE, Arseneault L. Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(7):713-20.
7. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *Eur J Pediatr*. 2012 Feb;171(2):271-80.

8. Hastings RP. Parental stress and behavior problems of children with developmental disability. *J Intellect Dev Disabil*. 2002; 27(3), 149–60.
9. Banaschewski T, Coghill D, Santosh P, Zuddas A, Asherson P, Buitelaar J, et al.: Long-acting medications for the hyperkinetic disorders: a systematic review and European treatment guideline. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 15:476–95.
10. Dunn L, Coster WJ, Cohn ES, Orsmond GI. Factors associated with participation of children with and without ADHD in household tasks. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2009; 29(3): 274–94.
11. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. 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*. 1997; 36 (7): 980–8.
12. Angelini AL, Alves ICB, Custodio EM, Duarte WF, Duarte JLM. Matrizes progressivas coloridas de Raven: Escala Especial. Manual. Sao Paulo: CETEPP; 1999.
13. Amaral MF, Paula RL, Drummond AF, Dunn L, Mancini MC. Translation of the children helping out–responsibilities expectations and supports (CHORES) questionnaire into Brazilian-Portuguese: Semantic, idiomatic, conceptual and experiential equivalences and application in normal children and adolescents and in children with cerebral palsy. *Braz J Phys Ther*. 2012; 16 (6): 515–22.
14. Miguel I, Valentim, JP, Carugati, F. Questionário de Estilos e Dimensões Parentais – Versão Reduzida: Adaptação portuguesa do Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – Short Form. *Psychologica*. 2009; 51:169-88.

15. Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006; 33:188-94.
16. Biaggio AMB, Natalício L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Rio de Janeiro, RJ: Centro Editor de Psicologia Aplicada;1979.
17. Gorenstein C, Wang Y-P, Argimon IL, Werlang BSG. Manual do Inventário de depressão de Beck - BDI-II. Beck AT, Steer RA, Brown GK, eds. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2011.
18. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (ABEP). (2012). Dados com Base no Levantamento Sócio Econômico - 2005 - IBOPE. Disponível em: <<http://www.abep.org.br>>.
19. Mattos P, Serra-Pinheiro MA, Rohde L, Pinto D. 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.* 2006; 28(3): 290-7.
20. IBM Corp. Released. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2013.
21. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol.* 1991; 59:12-9.

22. Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of pre-school behaviour. *Genet Psychol Monogr.* 1967; 75(1): 43-88.
23. Gau SS, Chang JP. Maternal parenting styles and mother–child relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil.* 2013; 34:1581–94.
24. Rogoff B. *Cultural nature of human development.* Cary, NC: Oxford University Press. 7, 2003.
25. Epstein JN, Conners CK, Erhardt D, Arnold LE, Hechtman L, Hinshaw SP, et al. Familial aggregation of ADHD characteristics. *J Abnorm Child Psychol.* 2000; 28(6):585–94.
26. Algorta GP, Kragh CA, Arnold LE, Molina BSG, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. Maternal ADHD Symptoms, Personality, and Parenting Stress Differences Between Mothers of Children With ADHD and Mothers of Comparison Children. *J Atten Disord.* 2014; 1-12.

Table 1. Characteristics of ADHD children and Caregivers

Sample Characteristics	Min-Max	M (SD)	Median
Child age at baseline (years)	6-14	9.47 (2.34)	9
Child intelligence level (percentile)	10-99	53.24 (3.69)	50
Socioeconomic family score	7-36	19.45 (4.70)	19
Time until follow-up (months)	8-28	16.59 (4.87)	16
Caregiver behavioral measures			
PSDQ Authoritative	38-74	60.29 (9.45)	62
PSDQ Authoritarian	17-53	31.67 (8.39)	30
PSDQ Permissive	6-21	12.43 (3.77)	13
ASRS	3-58	23.92 (12.08)	26
STAI-T	28-69	43.10 (9.32)	44
BDI-II	2-32	11.39 (7.26)	12

PSDQ = Parenting Styles and Dimensions Questionnaire - Short Form; ASRS = Adult ADHD Self-Report Scale- Version 1.1; STAI-T = State-Trait Anxiety Inventory -Trait subscale; BDI-II = Beck Depression Inventory-II

Table 2. Average change in children with ADHD symptoms severity and participation in household tasks

	Baseline		Follow-up		t/Z	p	d/r
	M (DP)	Median	M (DP)	Median			
INATT level ^a	19.51 (5.29)	21	15.1 (6.44)	16	3.56	<0.001	0.35
HI level	18.67 (6.48)	19	13.08 (7.32)	13	6.114	<0.001	1.08
SC Performance ^a	4.20 (2.42)	4	6.47 (2.93)	6	-4.821	<0.001	-0.48
FC Performance ^a	3.63 (2.32)	3	5.86 (2.81)	6	-4.844	<0.001	-0.48
SC Assistance	3.54 (2.04)	3	5.42 (2.77)	6	-5.566	<0.001	-0.75
FC Assistance	2.95 (2.27)	2	4.69 (2.77)	5	-4.614	<0.001	-0.68

INATT = Inattentive; HI = Hyperactive-Impulsive; SC = Self-Care tasks; FC = Family-Care tasks

^aWilcoxon signed-rank test was used for the test of differences between baseline and follow-up scores.

Table 3. Frequency of ADHD children rated as independent in Self-Care and Family-Care Tasks

Self-care items (Total=13) Item	Baseline (n=51)		Follow-up (n=51)		Family-care items (Total=23) Item	Baseline (n=51)		Follow-up (n=51)	
	N	%	N	%		N	%	N	%
1. Cleans up after own play	13	25%	18	35%	4. Picks up area shared by others	11	22%	18	35%
2. Picks up own bedroom	6	11%	12	24%	8. Prepares part of a cold meal for the family	3	6%	10	20%
3. Makes own bed	5	9%	13	25%	10. Prepares part of a hot meal for the family	1	2%	5	10%
5. Puts away own clothes	11	21%	22	43%	11. Sets or clears the table	10	20%	22	43%
6. Makes self a snack	38	74%	43	84%	12. Brings in or puts away groceries	10	20%	21	41%
7. Makes self a cold meal	4	7%	19	37%	13. Washes dishes (loads dishwasher)	7	14%	6	12%
9. Makes self a hot meal	3	5%	14	27%	14. Dries dishes (unloads dishwasher)	2	4%	1	2%
17. Puts own laundry in hamper	18	35%	29	57%	15. Takes out the garbage/recycling	16	31%	18	35%
18. Puts away own clean laundry	6	11%	15	29%	16. Cleans bathroom	2	4%	8	16%
22. Sweeps or vacuums own room	1	2%	7	14%	19. Sorts laundry for family	3	6%	2	4%
23. Dusts own room	1	2%	7	14%	20. Puts laundry away for family	1	2%	1	2%
30. Organizes own belongings for school	16	31%	29	57%	21. Runs washer/dryer	0	0%	1	2%
31. Organizes own belongings for after-school events	5	9%	17	33%	24. Sweeps or vacuums home	1	2%	2	4%
					25. Dusts the house	1	2%	1	2%
					26. Cares for plants	3	6%	7	14%
					27. Feeds pet (s)	11	22%	15	29%
					28. Cares for younger sibling	5	10%	9	18%
					29. Cares for other family members	3	6%	0	0%
					32. Takes a phone message	10	20%	29	57%
					33. Runs errand	14	27%	23	45%
					34. Gets the mail or the newspaper	16	31%	30	59%

Table 4. Influence of Parenting Styles and Dimensions on changes in ADHD children's participation in Household Tasks

Outcome	Predictor	<i>B</i>	<i>SE</i>	95%CI		<i>p-Value</i>
				Lower	Upper	
Self-Care Performance	Authoritative	-0.07	0.12	-0.32	0.18	0.586
	Authoritarian	0.14	0.10	-0.06	0.35	0.180
	Permissive	-0.03	0.11	-0.19	0,36	0.760
Family-Care Performance	Authoritative	-0.10	0.12	-0.35	0.14	0.390
	Authoritarian*	0.19	0.09	0.01	0.36	0.036
	Permissive	-0.006	0.11	-0.22	0.21	0.955
Self-Care Assistance	Authoritative	-0.06	0.12	-0.30	0.18	0.626
	Authoritarian	0.17	0.09	-0.17	0,36	0.073
	Permissive	0.05	0.11	-0.17	0.29	0.629
Family-Care Assistance	Authoritative	-0.03	0.13	-0.29	0.22	0.792
	Authoritarian*	0.17	0.08	0.003	0.35	0.047
	Permissive	0.001	0.11	-0.22	0.22	0.997

*Significant at $p < 0.05$

Table 5. Influence of maternal ADHD, anxiety and depressive features on changes in ADHD children's participation in Household Tasks

Outcome	Predictor	<i>B</i>	<i>SE</i>	95%CI		<i>p</i> - <i>Value</i>
				Lower	Upper	
Self-Care Performance	ADHD	-0.17	0.09	-0.35	-0.008	0.061
	Anxiety	-0.11	0.08	-0.28	0.61	0.020
	Depression	-0.04	0.09	-0.14	0.22	0.642
Family-Care Performance	ADHD*	-0.27	0.09	-0.46	-0.07	0.006
	Anxiety	-0.14	0.10	-0.35	0.06	0.177
	Depression	-0.07	0.10	-0.27	0.12	0.480
Self-Care Assistance	ADHD*	-0.21	0.09	-0.39	-0.03	0.022
	Anxiety	-0.15	0.09	-0.33	0.02	0.097
	Depression	-0.06	0.10	-0.26	0.12	0.495
Family-Care Assistance	ADHD	-0.17	0.09	-0.36	-0.006	0.057
	Anxiety	-0.006	0.11	-0.23	0.21	0.957
	Depression	0.08	0.11	-0.14	0.30	0.470

*Significant at $p < 0.05$

5.2 Artigo 3

Attention-deficit and Hyperactivity disorder: Strategies and family values about household chores

Running head: Strategies and values of household chores

Camila Guimarães Mendes¹, Daniele Souza Costa², Antônio Alvim Soares³, Leandro Malloy-Diniz⁴, Marisa Cotta Mancini⁵, Débora Marques Miranda⁶

¹Postgraduate Program in Child and Adolescent Health, School of Medicine, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil;

²Postgraduate Program in Molecular Medicine, School of Medicine, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil;

³Child Psychiatrist, Postgraduate Program in Molecular Medicine, School of Medicine, Federal University of Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil;

⁴ Department of Mental Health, Postgraduate Program of Molecular Medicine, School of Medicine Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil; National Institute of Science and Technology of Molecular Medicine (INCT-MM), Belo Horizonte, Brazil;

⁵ Department of Occupational Therapy, Postgraduate Program in Rehabilitation Sciences, School of Physical Education, Physiotherapy and Occupational Therapy, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil;

⁶ Department of Pediatrics, Postgraduate Program in Child and Adolescent Health, School of Medicine, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil; National Institute of Science and Technology of Molecular Medicine (INCT-MM), Belo Horizonte, Brazil.

Corresponding Autor:

Debora Marques de Miranda; Associate Professor, Department of Pediatrics, Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Prof. Alfredo Balena, 190 Santa Efigênia, 30130-10, Belo Horizonte, MG, Brazil. Email: dmmiranda@ufmg.br; debora.m.miranda@gmail.com

Conflict of Interests: The author(s) declared no potential conflicts of interest.

Abstract

Background: Attention-deficit/Hyperactivity disorder (ADHD) has a significant impact on the child and his/her family environment. **Objectives:** To describe and classify parental strategies chosen to support children's household tasks performance and investigate the association between these strategies and ratings of importance and satisfaction attributed by caregivers regarding their children's household participation. **Methodology:** One hundred families and their children with ADHD (6 to 14 years) were participants. **Results:** Among caregivers, 73% informed use of at least one strategy to promote children's participation in household chores, and the most chosen strategies were classified as negative (54%, n=40). No significant association was found between the use of strategies, the importance attributed by caregivers and parents' satisfaction with children's performance in household tasks. **Implications:** The common use of negative strategies has potential harm effects. Interventions focused in parental training may help guide them to use non-deleterious strategies to engage their children with ADHD in household chores.

Keywords: household tasks, ADHD, strategies

INTRODUCTION

Attention-deficit and hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common disorders of childhood, characterized by symptoms of inattention, impulsivity and hyperactivity (American Psychiatric Association, 1994). These symptoms affect children in different environments such as school and home, as well as leisure activities carried out in the community (American Psychiatric Association, 1994). They often compromise academic performance, relationships with peers and family, and may persist into adulthood (Agnew-Blais et al., 2016). Symptoms associated with ADHD may constrain children from participating in household tasks by their own initiative, demanding more assistance from their caregivers (Mendes, Drummond, Miranda, Costa & Mancini, 2016). Some behavioral challenges from ADHD children and common comorbid disorder, such as the Oppositional Defiant Disorder (ODD), can instill in parents the use of more coercive parent-child strategies in supporting the participation of children (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1991). Among the difficulties reported by parents concerning raising children with ADHD compared with typical developing children (Coghill et al., 2008), include critical activities such as doing homework, keeping with family routines, and playing with other children. These children tend to show disorganized behavior, be excessively demanding and attention seeking (Coghill et al., 2008). Social relationships are more difficult to begin and maintain when compared with typical developing children, including child-parent, child-brothers/sisters, and child-other children types of relations (Becker, Luebbe, Joshua, & Langberg, 2012; Tseng, Kawabata, Gau & Crick, 2014).

According to the ecocultural theory (Gallimore, Weisner, Kaufman & Bernheimer, 1989), parents raise their children guided by their values. So, we expect

that parents structure families' everyday routine accommodating child's capabilities and potentials in agreement with their values and goals. Regarding household activities, the importance attributed by parents is a predictor of the amount of tasks performed by the children at home (Dunn, Coster, Cohn & Orsmond, 2009a). Some studies have reported a dissociation between the children's household task performance and parents' expectancies (Amaral, Drummond, Coster, & Mancini, 2014; Dunn, Coster, Orsmond & Cohn, 2009b). Studies comparing the household participation of children and adolescents with and without ADHD, showed that parents of youth with ADHD were less satisfied with their children's participation in household tasks than parents of children without ADHD. Children's initiative and autonomy influence how parents gauge their satisfaction regarding their children's performance of household (Dunn et al., 2009b).

Raising a child with ADHD is not an easy task because the challenges of daily care may require the use of more effective strategies in order to reach expectations for real functional performance of their children (Segal, 2000; Takeda et al., 2010; Wymbs, Wymbs & Dawson, 2015). Considering that many children with ADHD also have parents with ADHD, it may increase the risk they will use ineffective strategies (Chronis-Tuscano, Raggi, Clarke, Roone, Diaz & Pian, 2008; Zisser & Eyberg, 2012). In turn, the performance of household tasks may result in an additional daily burden, increasing conflicts and frustrations for both children and families (Amaral et al., 2014). In order to help parents deal with their children, some behavioral interventions such as Parent Management Training (PMT) have been suggested for treatment of ADHD with a reasonable evidence of efficiency (Zwi, Jones, Thorgaard, York & Dennis, 2011; Coates, Taylor & Sayal, 2014; Skotarczak & Lee, 2015). This type of intervention

consists in teaching parents to consistently make use of positive reinforcement (e.g., providing praise for the child) to improve prosocial behaviors and reduce disruptive child behaviors (Wang, Mazursky-Horowitz & Chronis-Tuscano, 2014; Kazdin, 2005). Learning the association between behaviors and the environmental events influencing behavior may help create strategies for parents to change the referral problems and improve the adaptive functioning of their children (Kazdin, 2005). The Kazdin Method is one of the PMT, considered a well-established intervention for children with externalizing behavior problems (Eyberg, Nelson & Boggs, 2008; Pelham & Fabiano, 2008).

During the PMT program, positive (e.g. praise, attending, token incentives) and negative interventions (e.g. remove a favorite toy, ignoring, reprimands) are used throughout its 12 sessions (Kazdin, 2005). These behaviors are common in the daily life of families who have children. An appropriated orientation is necessary to help parents select strategies that will lead to effective results. For example, if a parent takes a favorite toy as punishment because the child did something wrong, he/she must also praise and provide encouragement every time the child does something right or it will not work (Kazdin, 2005).

In this study, we aim to identify and classify as “positive or negative” (Kazdin, 2005) the strategies used by parents to support their children in performing household chores. Once the strategies are identified and classified, we also investigated the association between importance attributed by caregivers and satisfaction of caregivers regarding their children’s participation in household tasks with their choice to use any strategy at home and the strategy classified.

METHOD

Participants

The sample was composed of 100 families of children with ADHD who were between six and 14 years old. Families were recruited by convenience from an ongoing study conducted at an outpatient facility, where families are usually followed. All children had diagnosis of ADHD performed by a trained Child Psychiatry or Pediatrician. The diagnosis was performed in a two step procedure: a semi-structured interview, the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime (K-SADS-PL) (Kaufman et al., 1997) and a confirmatory interview performed by a Child Psychiatrist or a trained Pediatrician in accordance with the DSM-IV or V (American Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 2013) criteria.

Of the eligible families, those who were contacted agreed to participate in the study. Children with Raven's Colored Progressive Matrices (Pasquali, Wechsler & Bensusan, 2002) below the 10th percentile (intellectual impairment), autism and brain disorders were excluded. Also, we excluded three families whose parents participated in behavioral training program prior to the study because of potential to affect the choice of home strategies.

Measures

Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports (CHORES), is a questionnaire composed by two parts, one with a list of household chores and the second part with questions regarding the importance and satisfaction attributed by

caregivers regarding their children's participation in household tasks (Dunn, 2004). This instrument was translated to Brazilian Portuguese and this version was used (Amaral, Paula, Drummond, Dunn & Mancini, 2012).

The first part consists in 34 items divided into two subscales: self-care tasks (13 items) and family-care tasks (21 items) which are rated for performance and for assistance (Dunn, 2004). A dichotomous answer (yes/no) for each item rates the child's performance (yes= the child does the task; no= the child doesn't do the task). High scores of performance indicate larger number of tasks performed. For items whose answers were "yes", a six-point Likert scale further describes children's performance in terms of the type and amount of assistance provided by parents (6 = does on own initiative; 5 = does when asked; 4 = does with supervision or monitoring; 3 = does with some assistance; 2 = does with a lot of assistance). For items whose answers were "no", parents rate the reason that child does not do the task (1= the child cannot do the task; 0= the child is not expected to do it). Higher scores in assistance informs that the child is more independent to perform household chores. Sum of ratings result in total scores for performance and for assistance of self-care and family-care tasks (Dunn, 2004).

In a second part, parents' ratings of importance and satisfaction are measured on a 6-point Likert scale (6 = very important/very satisfied; 5= important/satisfied; 4= somewhat important/a little satisfied; 3= somewhat unimportant/a little unsatisfied; 2= a little important/unsatisfied; 1= without importance/very unsatisfied). In addition, an open question registers parents' report on the strategies they use to promote the participation of their children in household chores (Dunn, 2004).

Fluid intelligence was evaluated by *Raven's Colored Progressive Matrices CPM* (Pasquali et al., 2002). The Raven's CPM is a non-verbal test often regarded as a good marker of general intelligence. The child's performance was converted into a percentile score according to the Brazilian version of Raven's CPM (Pasquali et al., 2002).

A semi-structured interview collected information on child's and caregiver's (who were respondents of CHORES) age and gender, as well as respondents' age and schooling, and families' socioeconomic level. A criteria for Brazilian census and population estimates, named the Brazilian Criteria of Economic Classification (Critério de Classificação Econômica Brasil—ABEP; 2012), classified families' socioeconomic level. This semi-structured questionnaire includes information about the presence and amount of durable goods in the household, housing characteristics, presence of a monthly paid maid, and level of education of the head of the household. Sum of the frequency of each item results in a final score which is grouped into hierarchical categories of economic classes: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, and E.

Procedures

The CHORES and demographic information were collected by a single examiner during participants' visits to the child psychiatric outpatient clinic from the university hospital. This procedure took about 20 minutes. This examiner was previously trained and had large experience in administering the CHORES.

Data Analyses

Frequency counts, percentage, mean and standard deviation described the sociodemographic characteristics of participants. Chi-square test of independence tested

the association across the variables: importance attributed by parents regarding participation, satisfaction of parents with performance of their children in household tasks and the use of strategies. Caregivers' satisfaction was classified in two categories: satisfied (ratings of "6", "5" and "4" from the CHORES Likert scale) and no satisfied (ratings smaller than 4). Similar classification was done for importance: very important (ratings of "6" from the CHORES Likert scale) and important (ratings of "5" and "4"). Data were analyzed using SPSS 20.0 with $\alpha = 0.05$.

To identify and classify the strategies of parents we analyzed parent's answer to the question: "What strategies do you use to promote household task participation of your kid?". Most of caregivers reported a single strategy and provided examples. When more than one strategy was informed we chose only the first response given by respondent to classify it as negative or positive. Some criteria were adopted to qualify the strategies as positive or negative, based on Kazdin's theory (Kazdin, 2005). "Positives" strategies were based on praise, rewards and attention directed to the child for his/her observed or expected behavior. Examples of positive strategies were: giving something to their kid in exchange for the task completion, talking to (e.g., competitive situation, jokingly) or encouraging/motivating the child to perform the task. In contrast, negatives strategies were considered as the use of punitive actions such as time out, threats, ignoring, beating, withdraw of privileges and any reprimands used to increase the participation of their children (e.g., remove a favorite game; forbid to play video game, etc).

RESULTS

The sample consisted of 100 children (19 girls and 81 boys) and their parents or caregivers. Descriptive information's about all participants are shown in Table 1.

INSERT TABLE 1

Most of caregivers (73%) reported use of some strategy to promote participation of children at home. However, the majority of the strategies used at home were classified as “negative” (54%, n=40).

Caregivers usually reported they consider household participation of their children as important or very important, 59% and 41% respectively. Regarding satisfaction, they considered themselves more satisfied than unsatisfied with performance of their children in household tasks (Table 2). No significant association was found between the use of any strategy, importance attributed and caregivers' satisfaction with children's participation in household tasks. However, the relation between satisfaction of caregivers and the use of positive strategies was significant, $X^2(2, N= 73) = 3.86, p = 0.049$. Caregivers more satisfied with the household task performance of your kids use positive strategies at home.

INSERT TABLE 2

DISCUSSION

Most families of children with ADHD reported the use of strategies to promote their children's participation in household chores. Our results showed that caregivers are using more “negative” than “positive” strategies to negotiate with their children for their

performance of household tasks. This result corroborates with previous studies that showed parents of ADHD children making use of less “positive” parenting behaviors than parents of typical developing children (Singh, Yeh, Verma & Das, 2015; Cussen, Sciberras, Ukoumunne & Efron, 2012; Kazdin, 2005; Coghill et al., 2008).

Raising children with ADHD may be exhausting and implicate in high levels of family stress, following the tense parent-child relationships (Deault, 2010). Parents of children with ADHD usually make use of strategies and practices based on punishment, criticism and authoritarian styles (Cussen et al., 2012; Gau & Chang, 2013). Challenging behaviors demonstrated by children may add to the difficulties of parents in setting limits to inappropriate behaviors, and thus, support the use of ineffective parenting practices, reinforcing the maladaptive behavior cycle (Miranda, Colomer, Fernández, Presentación & Roselló, 2015). Although negative types of strategies are used to implement order, they tend not be effective at all in families of children with ADHD, considering that severe discipline strategies are associated with increases in inattention and hyperactivity symptoms, and may lead to higher risk of comorbidities as well as worse academic performance (Wang et al., 2014; Harris, Stoppelbein, Greening, Becker, Luebbe & Fite, 2014).

According to Kazdin (2005), negatives interventions should be used only as a backup because effective discipline begins with rewarding and praising good behaviors. Punishment techniques can be effective only when they are paired with positives interventions where the child have opportunity to be rewarded because of good behavior, which is the “positive opposite” of problem behavior. Our study observed more reports of negative strategies using punishment, however, the reasons that led these families to use this type of strategy were not informed.

All parents involved in this study were guided on how to proceed and improve the strategies to deal with their kids in many daily situations. The impact of the provided guidance was not evaluated on a long-term basis. Questioning about the strategies used to engage children in household strategies might help understand how parents are handling activities on a daily basis.

The importance attributed by caregivers regarding participation of children in household tasks and their satisfaction with the performance of their children weren't associated with the use of any of strategy, only between satisfaction and positive strategies. A recent study on household task participation of typical developing children pointed to the gap between ratings of importance and how satisfied families were with children participation in household (Drummond, Gomes, Coster, & Mancini, 2015). Usually, parents consider participation in household chores to be important, but not always they allow their children to perform them (Drummond et al., 2015) nor they provide opportunities for their learning, with repetition and appropriate supervision. In the same way, using any strategy does not seem to be related to whether or not parents consider their children's participation important or whether or not they are satisfied with their children's current performance. On the other hand the satisfaction is related to the goodwill of the child at the request of the parents (Drummond et al., 2015) who are motivated behaviors through the use of more positive strategies. These strategies emphasize attention to the child in the performance of the task, which tends to increase the frequency of that behavior (Kazdin, 2005). Considering this result, an interesting question would be why we found that most parents in our sample are more satisfied than dissatisfied with children's domestic participation but are using negative rather than positive strategies.

In the case of children with ADHD, these negative strategies may be used by parents to help them deal with the condition's symptoms, and household chores may be just a context in which the effects of these symptoms are externalized in daily routine. Also, the use of strategies may be associated with parents' characteristics, such as parental styles, psychopathologies (Coghill et al., 2008; Cussen et al., 2012). These arguments remain as hypotheses to be tested by future studies.

This cross-sectional study has interesting clinical implications for interventions with ADHD children. The study revealed a lack of association between values and the use of strategies by parents regarding their children's engagement in household tasks. Questioning parents on their use of strategies to engage their children in household tasks may provide information about how parents are handling with the challenges of raising a child with ADHD. Our study suggests the need for continuous parental training in an attempt to help parents choose the most appropriate strategy to deal with their kids.

In conclusion, revealing the strategies used by parents may offer valuable insights regarding the impact of having a child with ADHD on families' daily routine. Further studies are necessary to assess longitudinal changes in the strategies used after parental training interventions.

Acknowledgements

We would like to convey special thanks to the families who agreed to participate of this work. Financial support for this study was granted by the Brazilian government agency Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Human support for this study was provided by members of the Núcleo de Investigações sobre a

Impulsividade e Atenção (NITIDA) and faculty from the Pediatrics Department, School of Medicine, Universidade Federal de Minas Gerais, Brazil.

References

Agnew-Blais, J.C., Polanczyk, G.V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T.E., Arseneault, L. (2016). Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. *JAMA Psychiatry*, *73*, 713-720.

Amaral, M., Paula, R., Drummond, A., Dunn, L., & Mancini, M. (2012). Translation of the Children Helping Out— Responsibilities, Expectations and Supports (CHORES) questionnaire into Brazilian-Portuguese: Semantic, idiomatic, conceptual and experiential equivalences and application in normal children and adolescents and in children with cerebral palsy. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, *16*, 515-522. doi:10.1590/S1413-35552012000600011

Amaral, M., Drummond, A., Coster, W., & Mancini, M. (2014). Household task participation of children and adolescents with cerebral palsy, down syndrome and typical development. *Research in Developmental Disabilities*, *35*, 414-422. doi:10.1016/j.ridd.2013.11.021.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC, USA.

Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C.S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: an 8 year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*, 546–557. doi: 10.1097/00004583-199007000-00007.

Brazilian Criteria for Economic Classification from the Brazilian Association of Research Companies (Associacao Brasileira de Empresas de Pesquisa—ABEP). (2012). Available from: www.abep.org.

Becker, S.P., Luebke, A.M., & Langberg, J.M. (2012). Co-occurring Mental Health Problems and Peer Functioning Among Youth with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review and Recommendations for Future Research. *Clinical Child and Family Psychological Review*, *15*, 279–302.

Chronis-Tuscano, A. M., Raggi, V. L., Clarke, T. L., Rooney, M. E., Diaz, Y., & Pian, J. (2008). Associations between maternal attentiondeficit/ hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*, 1237–1250.

Coates, J., Taylor, J.A., & Sayal, K. Parenting Interventions for ADHD: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Journal of Attention Disorders*, *19*, 831-843. doi: 10.1177/1087054714535952.

Coghill, D., Soutullo, C., d'Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M., & Buitelaar, J. (2008). Impact of attention deficit/hyperactivity disorder on the patient and family: results from a European survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *2*, 31. doi:10.1186/1753-2000-2-31.

Cussen, A., Sciberras, E., Ukoumunne, O.C., & Efron, D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. (2012). *European Journal of Pediatrics*, *171*, 271-280. doi: 10.1007/s00431-011-1524-4.

Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development*, *41*, 168-192. DOI 10.1007/s10578-009-0159-4

Drummond, A.F., Gomes, A.M.R., Coster, W.J., & Mancini, M.C. (2015). Predictive Factors of Household Task Participation in Brazilian Children and Adolescents. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, *35*, 101–109.

Dunn, L., Coster, W., Cohn, G., & Orsmond, E. (2009a). Factors associated with participation of children with and without ADHD in household tasks. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, *29*, 274-294. doi:10.1080/01942630903008327.

Dunn, L., Coster, W., Orsmond, G., & Cohn, E. (2009b). Household task participation of children with and without attentional problems. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, *29*, 258- 273. doi: 10.1080/01942630903008350

Eyberg, S.M, Nelson, M.M., & Boggs, S.R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*, 215–237.

Gallimore, R., Weisner, T. S., Kaufman, S. Z., & Bernheimer, L. P. (1989). The social construction of ecocultural niches: Family accommodation of developmentally delayed children. *American Journal on Mental Retardation*, *94*, 216–230.

Gau, S.S., & Chang, J.P. (2013). Maternal parenting styles and mother–child relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, *34*, 1581–1594. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2013.02.002>.

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 & Human Development*, *45*, 243–253. doi: 10.1007/s10578-013-0396-4.

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. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*, 980–988.

Kazdin, A.E. (2005). Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents. New York, NY, USA: Oxford University Press.

Koblinsky, S.A., Kovalanka, K.A., Randolph, S.M. (2006). Social skills and behavior problems of urban, African American preschoolers: role of parenting practices, family conflict, and maternal depression. *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*, 554–563.

Mendes, C.G., Drummond, A.F., Miranda, D.M., Costa, D.S., & Mancini, M.C. (2016) Household task demands for quiet and focused behavior facilitate performance by ADHD youth. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 74, 524-529. <https://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20160081>.

Miranda, A., Colomer, C., Fernandez, M.I., Presentacion, M.J., & Roselló, B. (2015). Analysis of Personal and Family Factors in the Persistence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Results of a Prospective Follow-Up Study in Childhood. *PLoS ONE*, 10. doi:10.1371/journal.pone.0128325.

Pasquali, L., Wechsler, S. & Bensusan, E. (2002). Raven's Colored Progressive Matrices for Children: a validation study for Brazil. *Avaliação Psicológica*, 1, 95-110.

Pelham, W.E.Jr., & Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 184–214.

Segal, R. (2000). Adaptive strategies of mothers with children with attention deficit hyperactivity disorder: enfolding and unfolding occupations. *The American Journal of Occupational Therapy*, 54(3):300-306.

Singh, A., Yeh, C.J., Verma, N., & Das, A.K. (2015). Overview of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Young Children. *Health Psychology Research*, 3, 2115. doi: 10.4081/hpr.2015.2115.

Skotarczak, L., Lee, G.K. (2015). Effects of parent management training programs on disruptive behavior for children with a developmental disability: A meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 272–287.

Takeda, T., Stotesbery, K., Power, T., Ambrosini, P. J., Berrettini, W., Hakonarson, H., et al. (2010). Parental ADHD status and its association with proband ADHD subtype and severity. *Journal of Pediatrics*, *157*, 995–1000.

Tseng, W.L., Kawabata, Y., Gau, S.S., & Crick, N.R. (2014). Symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and peer functioning: a transactional model of development. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *42*, 1353-1365. doi: 10.1007/s10802-014-9883-8.

Wang, C.H., Mazursky-Horowitz, H., & Chronis-Tuscano, A. (2014). Delivering Evidence-Based Treatments for Child Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in the Context of Parental ADHD. *Current Psychiatry Reports*, *16*, 474. doi:10.1007/s11920-014-0474-8access.

Wymbs, B.T., Wymbs, F.A. & Dawson, A.E. (2015). Child ADHD and ODD behavior interacts with parent ADHD symptoms to worsen parenting and interparental communication. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*(1):107-119. doi: 10.1007/s10802-014-9887-4.

Zisser, A. R., & Eyberg, S. M. (2012). Maternal ADHD: parent–child interactions and relations with child disruptive behavior. *Child & Family Behavior Therapy*, *34*, 33–52.

Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A. & Dennis, J.A. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *The Cochrane database of systematic reviews [electronic resource]*, (12). doi: 10.1002/14651858.CD003018.pub3. Review.

Table 1. Descriptive characteristics of sample (n=100).

Characteristics	Frequency	%
ADHD children		
Age (years)		
6 - 9	59	59
10-14	41	41
Sex		
Male	81	81
Female	19	19
Respondents		
Mothers	79	79
Fathers	8	8
Grandparents	13	13
Age (years)*	42.4	11.1
Schooling		
None or incomplete Primary Education	27	27
Complete Primary Education	13	13
High School	47	47
Undergraduate	13	13
SES		
Raw score*	21.1	5.6
A	2	2
B	30	30
C	64	64
D, E	4	4

SES= Family socioeconomic status

* Numbers indicate mean and (standard deviation)

Table 2: Association between caregivers' ratings of importance attributed to household chores and their satisfaction regarding children's participation with parents' use of strategy to promote children's participation at home (n=100).

	Any strategy	No strategy	X^2	<i>p-value</i>
	N(%)	N(%)		
Importance attributed			0.89	0.343
Very important	41 (41)	18 (18)		
Important	32 (32)	9 (9)		
Satisfaction with participation			1.01	0.315
Satisfied	35 (35)	16 (16)		
Unsatisfied	38 (38)	11 (11)		

N= frequency count

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo investigou a participação doméstica de crianças e adolescentes com TDAH a partir de dois eixos de pesquisa: 1) a influência de características dos cuidadores nas mudanças de participação de suas crianças e adolescentes, após um ano de tratamento; 2) análise de aspectos qualitativos e quantitativos das estratégias utilizadas pelos cuidadores para promoção da participação de sua criança nas tarefas domésticas.

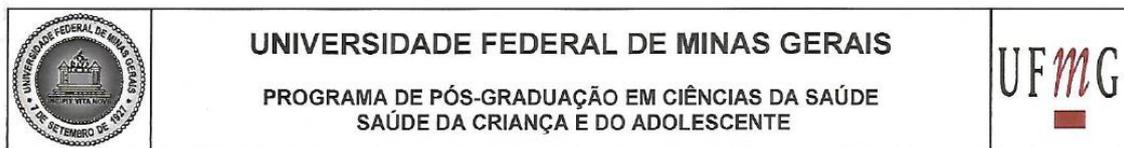
Os estudos se complementam no sentido de ampliar o conhecimento adquirido até o momento sobre como essas crianças participam de tarefas em casa e como o ambiente em que elas vivem pode restringir ou facilitar o seu engajamento, haja vista características importantes dos pais ou cuidadores principais envolvidos na rotina diária dessas crianças. Parece haver um ciclo de “disfunção” que envolve fatores ambientais e genéticos no contexto do TDAH. Pais de crianças com TDAH tendem a ser mais autoritários e inconsistentes nas suas práticas de cuidado diário, além de serem mais susceptíveis a apresentar diagnósticos psiquiátricos como o próprio TDAH. Esses pais podem vivenciar dificuldades em ser efetivos nas estratégias necessárias para lidar com a criança, em especial seus problemas de comportamento quando ela se encontra diante de uma tarefa que não quer realizar, seja por falta de motivação ou pelas próprias dificuldades. Nesse sentido, o uso de estratégias punitivas tende a ser a sua maior opção. Por outro lado, ser pai de uma criança com TDAH, particularmente com comorbidades como o TOD, pode aumentar o estresse parental, a sobrecarga e, portanto, incitar comportamentos inapropriados, retroalimentando o ciclo. O conjunto dos nossos achados corrobora com evidências sugestivas de que o ciclo de disfunção está instalado em relação às atividades domésticas.

Como condição de saúde complexa, o TDAH deve ser ainda investigado para que possamos inferir e generalizar os resultados encontrados. Assim, esses estudos incitam alguns questionamentos importantes para a prática clínica particularmente no que se refere à influência do TDAH nos pais e do estilo parental autoritário na participação doméstica das crianças, bem como das estratégias usadas por eles em casa: Estamos avaliando e dando uma assistência adequada às famílias, visando quebrar esse ciclo da “disfunção”?

A casa, como um contexto de referência primária infantil, é um local de informação e treinamento valiosos para profissionais que atendem a população infantil, pois trata-se do ambiente em que a criança se desenvolve em toda sua potencialidade e limitações. Nesse sentido, uma intervenção individualizada, centrada na criança e família, deve ser priorizada, haja vista a presença de deficiências como o TDAH, que se revela com prejuízos funcionais nesse ambiente.

ANEXOS

Anexo A



FOLHA DE APROVAÇÃO

PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TDAH: IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

CAMILA GUIMARÃES MENDES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente.

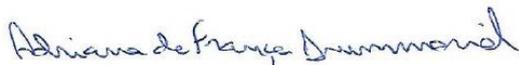
Aprovada em 30 de janeiro de 2017, pela banca constituída pelos membros:



Prof.^a Debora Marques de Miranda - Orientadora
UFMG



Prof.^a Marisa Cotta Mancini - Coorientadora
UFMG



Prof.^a Adriana de Franca Drummond
UFMG



Prof. Jonas Jardim de Paula
FCMMG

Belo Horizonte, 30 de janeiro de 2017.

Anexo B

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	
---	--	---

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA CAMILA GUIMARÃES MENDES

Realizou-se, no dia 30 de janeiro de 2017, às 13:00 horas, sala 526 (sala de Videoconferência do CPG), 5º andar, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada “PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DOMÉSTICAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TDAH: IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA”, apresentada por CAMILA GUIMARÃES MENDES, número de registro 2015659778, graduada no curso de TERAPIA OCUPACIONAL, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde, pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Saúde da Criança e do Adolescente, perante a seguinte Comissão Examinadora formada pelos Professores Doutores: Debora Marques de Miranda - Orientadora (UFMG), Marisa Cotta Mancini - Coorientadora (UFMG), Adriana de Franca Drummond (UFMG) e Jonas Jardim de Paula (FCMMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 30 de janeiro de 2017.


Prof.^a Debora Marques de Miranda (Doutor)

Centro de Pós Graduação
Faculdade de Medicina-UFMG
Av. Prof. Alfredo Balena, 190- 5º Andar
CEP 30130-100-Funcionários -BHM/G


Prof.^a Marisa Cotta Mancini (Doutora)

 23/02/17
CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG


Prof.^a Adriana de Franca Drummond (Doutora)


Prof. Jonas Jardim de Paula (Doutor)

Anexo C - 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:

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
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 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 <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 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 <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.
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
- 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 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.

©2006 L. Dunn, ScD, OTR/L

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 <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Guardião <input type="checkbox"/> Outro</p> <p>Quantas crianças moram na sua casa? _____</p> <p>Qual(is) a(s) idade(s) da(s) outra(s) criança(s)? _____</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 style="text-align: center;"><u>Marque sua escolaridade</u></p> <p><input type="checkbox"/> Não estudou <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1ª à 9ª série) incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1ª à 9ª série) completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto (pelo menos um ano) ou curso profissionalizante <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Pós graduação</p>	<p>Há outros cuidadores em sua casa?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (complete os itens abaixo) <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 <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Guardião <input type="checkbox"/> Outro <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 style="text-align: center;"><u>Marque a escolaridade</u></p> <p><input type="checkbox"/> Não estudou <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1ª à 9ª série) incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1ª à 9ª série) completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto (pelo menos um ano) ou curso profissionalizante <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Pós graduação</p>
---	--

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.

Anexo D - 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 E - Questionário de Estilos e Dimensões Parentais – Versão Reduzida (QEDP)

Instruções e itens do Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP) –
Versão Reduzida

(Robinson, Mandleco, Olsen & Hart, 2001;

Versão Portuguesa de Miguel, Valentim & Carugati, 2010)

Este questionário avalia *com que frequência* actua de determinado modo com o(a) seu/sua filho(a).

Por favor, leia cada frase do questionário e responda *com que frequência* actua desse modo com o(a) seu/sua filho(a).

Actuo desta maneira:

- 1 = Nunca
- 2 = Poucas vezes
- 3 = Algumas vezes
- 4 = Bastantes vezes
- 5 = Sempre

1. Dou resposta aos sentimentos e necessidades do(a) meu/minha filho(a)
2. Castigo fisicamente o(a) meu/minha filho(a) como forma de o(a) disciplinar
3. Tomo em conta o que o(a) meu/minha filho(a) quer ou deseja antes de lhe pedir para fazer algo
4. Quando o(a) meu/minha filho(a) pergunta por que razão tem que obedecer, respondo: "Porque eu digo" ou "Porque sou teu/tua pai/mãe e quero que o faças"
5. Explico ao(à) meu/minha filho(a) como me sinto quando se porta bem e quando se porta mal
6. Dou uma palmada ao(à) meu/minha filho(a) quando ele(a) é desobediente
7. Incentivo o(a) meu/minha filho(a) a falar dos seus problemas
8. Acho difícil disciplinar o(a) meu/minha filho(a)
9. Incentivo o(a) meu/minha filho(a) a expressar-se livremente, mesmo quando não está de acordo comigo
10. Castigo o(a) meu/minha filho(a) retirando-lhe privilégios com poucas ou nenhuma explicações
11. Saliento as razões das regras que estabeleço
12. Quando o(a) meu/minha filho(a) está chateado(a), dou-lhe apoio e consolo
13. Grito ou falo alto quando o(a) meu/minha filho(a) se porta mal
14. Elogio o(a) meu/minha filho(a) quando se comporta ou faz algo bem
15. Cedoo(à) meu/minha filho(a) quando faz uma birra por qualquer coisa
16. Enfureço-me com o(a) meu/minha filho(a)
17. São mais as vezes em que ameaço castigar o(a) meu/minha filho(a) do que aquelas em que realmente o(a) castigo
18. Tomo em conta as preferências do(a) meu/minha filho(a) quando faço planos familiares

19. Agarro o(a) meu/minha filho(a) quando ele(a) é desobediente
20. Dito castigos ao(à) meu/minha filho(a) mas realmente não os aplico
21. Demonstro respeito pelas opiniões do(a) meu/minha filho(a) incentivando que as expresse
22. Permito que o(a) meu/minha filho(a) dê a sua opinião relativamente às regras familiares
23. Ralho e critico para fazer o(a) meu/minha filho(a) melhorar
24. Estrago o(a) meu /minha filho(a) com mimos
25. Explico ao(à) meu/minha filho(a) por que razões as regras devem ser obedecidas
26. Uso ameaças como forma de castigo com poucas ou nenhuma justificações
27. Tenho momentos especiais e calorosos com o(a) meu/minha filho(a)
28. Castigo o(a) meu/minha filho(a) colocando-o(a) algures sozinho(a) com poucas ou nenhuma explicações
29. Ajudo o(a) meu/minha filho(a) a perceber o resultado do seu comportamento incentivando-o(a) a falar acerca das consequências das suas acções
30. Ralho e critico quando o comportamento do(a) meu/minha filho(a) não corresponde às minhas expectativas
31. Explico ao(à) meu/minha filho(a) as consequências do seu comportamento
32. Dou uma palmada no(a) meu/minha filho(a) quando se porta mal

Anexo F – IDATE TRAÇO

PARTE II – IDATE TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO	
Quase sempre-----4	Às vezes-----2
Frequentemente-----3	Quase nunca-----1
1. Sinto-me bem.....	1 2 3 4
2. Canso-me facilmente.....	1 2 3 4
3. Tenho vontade de chorar	1 2 3 4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser.....	1 2 3 4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.....	1 2 3 4
6. Sinto-me descansado.....	1 2 3 4
7. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.....	1 2 3 4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver.....	1 2 3 4
9. Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1 2 3 4
10. Sou feliz.....	1 2 3 4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas.....	1 2 3 4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo.....	1 2 3 4
13. Sinto-me seguro.....	1 2 3 4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas.....	1 2 3 4
15. Sinto-me deprimido.....	1 2 3 4
16. Estou satisfeito.....	1 2 3 4
17. Idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando.....	1 2 3 4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça.....	1 2 3 4
19. Sou uma pessoa estável	1 2 3 4
20. Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento.....	1 2 3 4