

CAMILA GUIMARÃES MENDES  
DANIELE SOUZA COSTA  
ANTÔNIO ALVIM SOARES  
ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND  
JONAS JARDIM DE PAULA  
MARISA COTTA MANCINI  
DÉBORA MARQUES MIRANDA

## INFLUÊNCIA DOS ESTILOS PARENTAIS E DAS CARACTERÍSTICAS PSIQUIÁTRICAS DAS MÃES NA PARTICIPAÇÃO EM TAREFAS DOMÉSTICAS DE CRIANÇAS COM TDAH

### INFLUENCE OF PARENTING STYLES AND MATERNAL PSYCHIATRIC CHARACTERISTICS ON PARTICIPATION IN HOUSEHOLD TASKS OF CHILDREN WITH ADHD

#### Resumo

A participação nas tarefas domésticas é importante para o aprendizado de habilidades que preparam crianças com e sem deficiência para uma vida independente. As características dos pais podem influenciar a funcionalidade das crianças com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) na vida diária. Investigamos se os estilos parentais e os sintomas maternos de TDAH ou depressão podem prever mudanças no desempenho em tarefas domésticas de crianças com TDAH e na assistência prestada pelos cuidadores. Cinquenta e uma crianças com TDAH, de 6 a 14 anos de idade, foram avaliadas em dois momentos (no início do estudo e após pelo menos oito meses de tratamento farmacológico contínuo), usando o Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports (CHORES). Os fatores preditivos incluíram medidas de estilos parentais e sintomas de TDAH e depressão nas mães. Os resultados mostraram melhora no desempenho das crianças nas tarefas domésticas e na quantidade de assistência prestada pelos cuidadores. Os sintomas maternos do TDAH foram preditivos da assistência às crianças em tarefas de cuidado familiar. Para crianças com TDAH, os sintomas maternos de TDAH têm um impacto nos desfechos funcionais, o que reforça a importância de avaliar os aspectos familiares para melhorar o sucesso da intervenção.

**Palavras-chave:** Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade, parentalidade, saúde da família, relações mãe-filho.

#### Abstract

Participation in household chores is important to the learning of skills that prepare children with and without disabilities for independent living. Characteristics of parents may influence the functioning of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in daily life. We investigated if parenting style and maternal symptoms of depression and ADHD could predict changes in the performance of children with ADHD in household tasks and in the assistance provided by caregivers. Fifty-one children with ADHD aged 6 to 14 years were evaluated at two time-points (at baseline and after at least 8 months of continuous pharmacological treatment), using Children Helping Out: Responsibilities, and Support (CHORES). Predictive factors included measures of parenting styles and maternal symptoms of ADHD and depression. Results showed an improvement in the performance of children in household tasks and in the amount of assistance provided by caregivers. Maternal symptoms of ADHD were predictive of children's assistance in family care tasks. In conclusion, for children with ADHD, maternal symptoms of



**CAMILA GUIMARÃES MENDES<sup>1</sup>, DANIELE SOUZA COSTA<sup>2</sup>, ANTÔNIO ALVIM SOARES<sup>3</sup>, ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND<sup>4</sup>, JONAS JARDIM DE PAULA<sup>5</sup>, MARISA COTTA MANCINI<sup>6</sup>, DÉBORA MARQUES MIRANDA<sup>7</sup>**

<sup>1</sup> Doutoranda, Programa em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. <sup>2</sup> Doutora em Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>3</sup> Psiquiatra. Doutor em Medicina Molecular, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>4</sup> Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>5</sup> Doutor em Medicina Molecular, Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Belo Horizonte, MG. <sup>6</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>7</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG.

ADHD have an impact on functional outcomes and this reinforces the importance of evaluating family features to improve success in any intervention.

**Keywords:** Attention deficit disorder with hyperactivity, parenting, family health, mother-child relations.

### INTRODUÇÃO

O transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) é um dos distúrbios mais comuns da infância, caracterizado por sintomas de impulsividade, desatenção e/ou hiperatividade dominantes, persistentes e inadequados à idade<sup>1</sup>. O TDAH resulta em comprometimento funcional, incluindo baixo desempenho acadêmico, comportamento social negativo e prejuízo das relações sociais<sup>2</sup>. Comorbidades psiquiátricas aumentam a complexidade do TDAH. De acordo com diversos estudos, a presença de sintomas e comorbidades adicionais está associada a desfechos desfavoráveis, pior prognóstico e maior gravidade dos sintomas de TDAH, afetando negativamente a dinâmica familiar e o funcionamento doméstico<sup>3,4</sup>. O transtorno desafiador de oposição (TDO) é a comorbidade psiquiátrica mais comum em crianças com TDAH (50% a 60%)<sup>5</sup>. Como o TDO costuma ser caracterizado por um comportamento desafiador, desobediente e hostil em relação a qualquer figura de autoridade<sup>6</sup>, pode ter um papel importante na disfuncionalidade do ambiente familiar<sup>4</sup>.

Saúde mental dos pais, parentalidade autoritária, gravidade basal dos sintomas de TDAH e maior comprometimento relatado pelos pais também são características preditivas do número de sintomas e da persistência do TDAH<sup>7</sup>. Um estilo parental autoritário geralmente é caracterizado pelo exercício de poder e punição e por menores níveis de apoio, envolvimento ou comunicação, e costuma ser encontrado em pais de crianças com TDAH<sup>8</sup>. Em contrapartida, pais autoritativos são afetuosos e solícitos. Eles exercem o controle das atividades da criança, estabelecendo regras de conduta apropriada<sup>8</sup>. O metilfenidato é o tratamento farmacológico mais amplamente utilizado para o TDAH, com eficácia comprovada na diminuição dos sintomas<sup>9</sup>. No entanto, estudos que investigaram a influência das características familiares nas mudanças durante o tratamento do TDAH centraram-se principalmente

na sintomatologia infantil, e não na funcionalidade da criança no ambiente familiar.

A participação nas tarefas domésticas promove o aprendizado de habilidades que preparam para uma vida independente. Durante a infância e a adolescência, o cuidador adulto transfere gradualmente a responsabilidade das tarefas domésticas diárias para a criança<sup>10</sup>. O desempenho doméstico se correlaciona com os desfechos psicossociais infantis, como maior autocontrole, melhores habilidades sociais e comportamento positivo de crianças e adolescentes com e sem deficiências<sup>11</sup>.

O Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports (CHORES) é uma avaliação da funcionalidade da criança. O CHORES mede a participação de crianças em idade escolar nas tarefas domésticas e suas mudanças ao longo do tempo, considerando as atividades e os valores das famílias. Essas tarefas são categorizadas como tarefas de autocuidado (por exemplo, guarda as próprias roupas e prepara o próprio lanche) e tarefas de cuidado familiar (por exemplo, prepara parte de uma refeição fria para a família)<sup>11</sup>. Para crianças com TDAH em idade escolar, o número de tarefas domésticas realizadas e a quantidade de assistência recebida estão relacionados a fatores do ambiente familiar<sup>12</sup>. Além disso, o próprio diagnóstico de TDAH está associado a um aumento da assistência prestada pelos cuidadores em comparação com a assistência prestada às crianças com desenvolvimento típico<sup>12</sup>. Portanto, as características dos pais podem influenciar a funcionalidade das crianças, conforme medido pelo CHORES.

Considerando a importância de realizar tarefas domésticas para o desenvolvimento de habilidades que levem à funcionalidade independente e adaptável na vida cotidiana, e sua dependência em relação às características dos cuidadores, nosso objetivo foi verificar se estilos parentais e sintomas maternos de TDAH e depressão podem prever o grau de mudanças no desempenho da criança em tarefas de autocuidado e cuidado familiar e na independência da criança na realização dessas tarefas ao longo do tratamento farmacológico do TDAH. Nossa hipótese era de que uma abordagem mais autoritária em relação às crianças e maiores níveis maternos de sintomas de TDAH e depressão restringiriam a funcionalidade doméstica da criança.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo longitudinal.

### Participantes

Nossa amostra de conveniência foi composta por 75 pacientes (6 a 14 anos de idade) recrutados no Centro de Referência de TDAH do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O diagnóstico de TDAH foi realizado através de entrevista estruturada com o instrumento Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime (K-SADS-PL)<sup>13</sup>.

Os critérios de inclusão de participantes foram: a) diagnóstico de TDAH da criança; b) concordância da família em participar do estudo; e c) seguimento por pelo menos seis meses. Os critérios de exclusão foram: criança com potencial comprometimento intelectual (Matrizes

Progressivas Coloridas de Raven abaixo do percentil 10)<sup>14</sup>, histórico ou evidência atual de psicose, autismo, distúrbios cerebrais ou qualquer distúrbio genético ou médico associado a um comportamento externalizante que possa imitar o TDAH, e tratamento interrompido por três meses. O protocolo do estudo foi aprovado pelo comitê de ética local (CAE 02899412.9.0000.5149), e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 70 crianças com TDAH continuaram e completaram a primeira etapa do estudo (Figura 1). Permaneceram, então, 51 participantes, dos quais 32 (63%) não apresentavam comorbidades psiquiátricas, 13 (25%) apresentavam TDO e seis (12%) apresentavam transtorno de ansiedade como comorbidade. Todas as crianças tiveram as comorbidades avaliadas por psiquiatra infantil

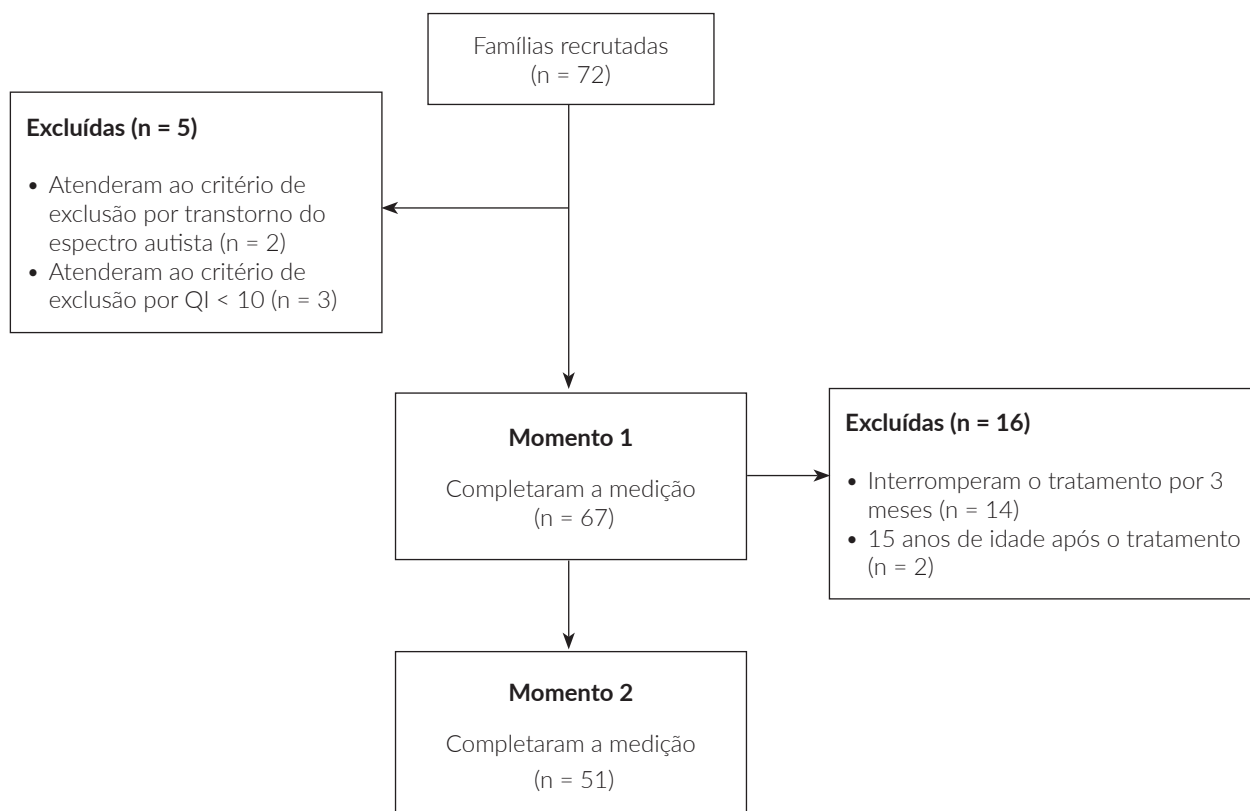


Figura 1 - Fluxograma descrevendo a seleção dos participantes do estudo.

**CAMILA GUIMARÃES MENDES<sup>1</sup>, DANIELE SOUZA COSTA<sup>2</sup>, ANTÔNIO ALVIM SOARES<sup>3</sup>, ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND<sup>4</sup>, JONAS JARDIM DE PAULA<sup>5</sup>, MARISA COTTA MANCINI<sup>6</sup>, DÉBORA MARQUES MIRANDA<sup>7</sup>**

<sup>1</sup> Doutoranda, Programa em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. <sup>2</sup> Doutora em Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>3</sup> Psiquiatra. Doutor em Medicina Molecular, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>4</sup> Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>5</sup> Doutor em Medicina Molecular, Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Belo Horizonte, MG. <sup>6</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>7</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG.

ou pediatra comportamental bem treinado, sendo avaliadas por meio de entrevista semiestruturada com o instrumento K-SADS-PL. As características descritivas da amostra são apresentadas na Tabela 1.

*Medidas*

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

Trata-se de um questionário respondido pelos pais contendo 34 itens relacionados a tarefas domésticas. Cada item requer dois tipos de resposta. A primeira é um simples sim/não referente ao desempenho da criança em cada tarefa (1 = a criança realiza a tarefa; 0 = a criança não realiza a tarefa)<sup>15</sup>. O sim indica que o pai espera que o filho participe da tarefa naquele momento. Quando a criança realiza a tarefa, uma escala Likert detalha o tipo e a quantidade de assistência prestada pelo cuidador para que a tarefa seja cumprida (6 = por iniciativa própria; 5 = com sugestão verbal; 4 = com supervisão; 3 = com alguma ajuda; 2 = com muita ajuda). Se a criança não realiza a tarefa, ela recebe um escore 1 (a criança não consegue realizar a tarefa/o pai ou cuidador pode julgar que seja pela idade da criança ou simplesmente porque ela não é capaz de realizá-la por qualquer motivo) ou um escore 0 (não se espera que a criança realize a

tarefa/é a expectativa do pai/cuidador em relação a essa tarefa). Além disso, como nem todas as famílias esperam que seus filhos realizem as mesmas tarefas, os escores de assistência foram transformados em escores ponderados, de acordo com os cálculos recomendados por Dunn et al.<sup>12</sup>.

Os índices do CHORES informam o desempenho da criança nas tarefas de autocuidado e cuidado familiar e o nível de assistência recebido dos cuidadores em cada uma dessas subescalas. Altos escores de desempenho sugerem que a criança realiza um número considerável de tarefas domésticas; altos escores de assistência indicam maior independência nas tarefas domésticas<sup>15</sup>. O CHORES mostra maior confiabilidade teste-reteste e forte consistência em intervalos de até 14 dias<sup>15</sup>.

Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – Short Form (PSDQ)

Utilizou-se a versão em português para mensurar os estilos parentais<sup>16</sup>. Este instrumento contém 32 itens divididos em três estilos parentais e sete dimensões: autoritativo (dimensões de apoio e afeto, regulação e autonomia), autoritário (dimensões de coerção física, hostilidade verbal e punição) e permissivo (dimensão de indulgência). Para cada item, os pais indicam com que

**Tabela 1** - Características das crianças com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade e dos cuidadores

Características da amostra	Mín.-Máx.	Média (DP)	Mediana
Idade das crianças (anos)	6-14	9,47 (2,34)	9
Nível de inteligência das crianças (percentil)	10-99	53,24 (3,69)	50
Critério de Classificação Econômica Brasil*	7-36	19,45 (4,70)	19
Tempo até seguimento (meses)	8-28	16,59 (4,87)	16
PSDQ autoritativo	38-74	60,29 (9,45)	62
PSDQ autoritário	17-53	31,67 (8,39)	30
PSDQ permissivo	6-21	12,43 (3,77)	13
ASRS	3-58	23,92 (12,08)	26
BDI-II	2-32	11,39 (7,26)	12

ASRS = Adult Self-Report Scale; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; DP = desvio padrão; Mín.-Máx. = mínimo e máximo; PSDQ = Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – Short Form.

\* Categorias de classe econômica de acordo com o escore recebido: 0-7 = E; 8-13 = D; 14-17 = C2; 18-22 = C1; 23-28 = B2; 29-34 = B1; 35-41 = A2; 42-46 = A1.

**CAMILA GUIMARÃES MENDES  
DANIELE SOUZA COSTA  
ANTÔNIO ALVIM SOARES  
ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND  
JONAS JARDIM DE PAULA  
MARISA COTTA MANCINI  
DÉBORA MARQUES MIRANDA**

frequência praticam a atitude descrita em relação ao filho em uma escala Likert de 5 pontos, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre)<sup>16</sup>. As dimensões parentais são calculadas como a média aritmética dos itens da escala, e os estilos parentais como a média aritmética de suas dimensões. Portanto, escores mais altos indicam quais os estilos e dimensões mais usados<sup>16</sup>.

#### Adult ADHD Self-Report Scale – Versão 1.1 (ASRS)

AASRS foi utilizada para avaliar o nível das características maternas de TDAH<sup>17</sup>. Uma escala Likert de 5 pontos (escores de 0 a 4) é usada para completar uma medida de autorrelato com 18 itens, nove referentes a desatenção e outros nove a hiperatividade e impulsividade. A soma dos 18 itens dessa escala descreve o nível total de sintomas de TDAH, com altos escores indicando um número maior de comportamentos semelhantes ao TDAH<sup>17</sup>.

#### Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

Este inventário é utilizado em todo o mundo para detectar sintomas de depressão. O escore final da versão brasileira do BDI-II pode variar de 0 a 63, com escores mais altos indicando maior gravidade da depressão<sup>18</sup>.

#### Informações demográficas

Os cuidadores relataram as informações pessoais da criança e da família por meio de entrevista semiestruturada. O nível socioeconômico foi classificado de acordo com o padrão mais utilizado no Brasil, o Critério de Classificação Econômica Brasil<sup>19</sup>.

#### Matrizes Progressivas Coloridas de Raven

Trata-se de um teste não verbal de raciocínio indutivo, frequentemente considerado um marcador útil de inteligência geral. O desempenho da criança foi convertido em um escore em percentil, de acordo com a versão brasileira das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven<sup>14</sup>.

#### Swanson Noland and Pelham-IV (SNAP-IV)

Os pais ou cuidadores relataram o comportamento do TDAH nas crianças através do SNAP-IV. A escala inclui 26 itens, divididos em três subescalas: desatenção, hiperatividade/impulsividade e comportamento opositivo. Os itens recebem escores em uma escala

de 4 pontos<sup>20</sup>. Os participantes foram caracterizados pela soma dos escores das respostas dadas pelos pais/cuidadores em cada subescala.

#### Procedimento

As medidas basais foram avaliadas antes do início do tratamento. No seguimento, a medição foi realizada após pelo menos oito meses de dosagem estável e tratamento farmacológico contínuo. Todos os participantes estavam em tratamento contínuo com metilfenidato de liberação imediata, com doses entre 0,5 e 1 mg/kg/dia, por pelo menos oito meses desde o início da avaliação de seguimento. Não foram relatados efeitos adversos significativos. Portanto, as crianças incluídas no presente estudo não tiveram um intervalo livre de medicação desde o início do estudo até o final do seguimento. Além disso, os participantes tiveram consultas periódicas com o psiquiatra durante todo o período do estudo, sem mudanças no protocolo clínico de rotina. Uma vez identificados os padrões de diagnóstico obtidos pelas escalas BDI-II e ASRS, as mães foram encaminhadas para avaliação em um ambulatório adequado.

Dados demográficos, inteligência infantil e medidas maternas foram coletados no primeiro atendimento por um grupo de psicólogos treinados. Em seguida, os cuidadores foram entrevistados por um único examinador sobre a participação de seus filhos nas tarefas domésticas (CHORES) e responderam ao questionário SNAP-IV, após o envolvimento no tratamento (coleta basal). No seguimento, as medidas de CHORES e SNAP-IV foram realizadas novamente. O intervalo entre as duas coletas variou de oito a 28 meses, com mediana de 16 meses.

#### Análise dos dados

Os dados foram analisados através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. No início do estudo, as características demográficas e os preditores foram descritos como média e desvio padrão (DP) para dados contínuos. Os escores de assistência do CHORES foram transformados em escores ponderados, de acordo com os cálculos recomendados por Dunn et al.<sup>12</sup>, para controlar o fato de que nem todas as famílias esperam que seus filhos realizem as mesmas tarefas. As medidas de CHORES e SNAP-IV foram caracterizadas quanto às mudanças

**CAMILA GUIMARÃES MENDES<sup>1</sup>, DANIELE SOUZA COSTA<sup>2</sup>, ANTÔNIO ALVIM SOARES<sup>3</sup>, ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND<sup>4</sup>, JONAS JARDIM DE PAULA<sup>5</sup>, MARISA COTTA MANCINI<sup>6</sup>, DÉBORA MARQUES MIRANDA<sup>7</sup>**

<sup>1</sup> Doutoranda, Programa em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. <sup>2</sup> Doutora em Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>3</sup> Psiquiatra. Doutor em Medicina Molecular, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>4</sup> Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>5</sup> Doutor em Medicina Molecular, Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Belo Horizonte, MG. <sup>6</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>7</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG.

entre o início do estudo e o seguimento. Os escores basais e de seguimento foram também comparados pelo teste *t* para amostras pareadas ou pelo teste dos postos sinalizados de Wilcoxon, e os tamanhos de efeito foram estimados para medidas repetidas. Além disso, o índice de mudança confiável (*reliable change index* – RCI)<sup>21</sup> foi calculado para as medidas do CHORES para descrever a frequência de crianças com alterações clinicamente significativas. No RCI, valores maiores ou iguais a 1,96 significaram uma mudança confiável ao nível de confiança de 95% ( $p = 0,05$ ), improvável de ser explicada por erro de medição.

O efeito dos estilos parentais e das características comportamentais/emocionais maternas nas mudanças das crianças nas tarefas domésticas durante o tratamento foi investigado utilizando equações de estimativas generalizadas (*generalized estimating equations* – GEE) com um modelo de regressão linear, estimadores robustos e estrutura intercambiável para matrizes de correlação de trabalho. Todas as medidas foram padronizadas na média e no DP da amostra (isto é, correspondente ao escore *z*) para representar a magnitude de cada preditor nas variáveis dependentes. Esses tamanhos de efeito foram interpretados conforme as convenções de Cohen (pequeno:  $d = 0,2$ ; médio:  $d = 0,5$ ; grande:  $d = 0,8$ ).

Nos modelos, os estilos parentais foram categorizados de acordo com a mediana do escore *z* de cada um, o que representa a frequência de uso das dimensões em

cada estilo parental (baixa = menor ou igual à mediana; alta = maior que a mediana). Já depressão e TDAH foram dicotomizados conforme os pontos de corte das escalas BDI-II (sem depressão = menor ou igual a 13; com depressão = maior que 13) e ASRS (sem TDAH = menor ou igual a 24; com TDAH = maior que 24), respectivamente. Cabe ressaltar que o estudo não teve foco em diagnósticos psiquiátricos, e sim em padrões de diagnósticos obtidos pelas escalas BDI-II e ASRS.

## RESULTADOS

Mudanças na gravidade dos sintomas infantis de TDAH e na participação em tarefas domésticas são mostradas na Tabela 2. De acordo com o relato dos cuidadores, houve redução dos sintomas das crianças, com um pequeno efeito para o comportamento desatento e com um grande efeito para o comportamento hiperativo-impulsivo. Houve aumento da participação das crianças nas medidas de autocuidado e cuidado familiar do CHORES, com efeitos médios. Todas as mudanças foram significativas, com valores de  $p < 0,001$ .

Os cálculos de RCI mostraram que 61% das crianças apresentaram melhora clinicamente significativa no desempenho em tarefas de autocuidado e 57% em tarefas de cuidado familiar. Os escores de assistência melhoraram de maneira clinicamente significativa em 63% das crianças em tarefas de autocuidado e em 51% em tarefas de cuidado familiar. Portanto, as crianças se tornaram mais independentes na realização das tarefas.

**Tabela 2** - Mudanças na gravidade dos sintomas infantis de TDAH e na participação em tarefas domésticas

	Início do estudo		Seguimento		<i>t/z</i>	<i>d/r</i>
	Média (DP)	Mediana	Média (DP)	Mediana		
Nível DESAT*	19,51 (5,29)	21	15,1 (6,44)	16	3,56	0,35
Nível HI†	18,67 (6,48)	19	13,08 (7,32)	13	6,114	1,08
Desempenho AC*	4,20 (2,42)	4	6,47 (2,93)	6	-4,821	-0,48
Desempenho CF*	3,63 (2,32)	3	5,86 (2,81)	6	-4,844	-0,48
Assistência AC†	3,54 (2,04)	3	5,42 (2,77)	6	-5,566	-0,75
Assistência CF†	2,95 (2,27)	2	4,69 (2,77)	5	-4,614	-0,68

AC = tarefas de autocuidado; CF = tarefas de cuidado familiar; DESAT = desatenção; DP = desvio padrão; HI = hiperatividade e impulsividade.

Todas as variáveis foram significativas, com  $p < 0,001$ .

\* O teste dos postos sinalizados de Wilcoxon foi utilizado para avaliar as diferenças entre os escores no início do estudo e no seguimento.

† O teste *t* foi utilizado para avaliar as diferenças entre os escores no início do estudo e no seguimento.

Nenhum dos potenciais confundidores, como idade da criança no início do estudo, inteligência da criança, nível socioeconômico da família e tempo entre o início do estudo e o seguimento, tiveram correlação significativa com as medidas do CHORES (dados não

apresentados). Portanto, nenhum ajuste foi necessário na análise de GEE. Somente os sintomas maternos de TDAH se associaram à participação infantil em tarefas domésticas, especialmente na independência para realizar tarefas de cuidado familiar (Tabela 3).

**Tabela 3** - Influência de estilos parentais e características maternas de TDAH e depressão nas mudanças no desempenho de tarefas domésticas das crianças com TDAH

Desfecho/Preditor	Média	DP	$\beta$	IC95%	P
Desempenho AC					
Autoritativo					
Pouco autoritativo	-0,07	0,17	-0,25	-0,67 a 0,17	0,25
Muito autoritativo	0,18	0,14	Ref	-	-
Autoritário					
Pouco autoritário	0,15	0,18	0,24	-0,29 a 0,64	0,45
Muito autoritário	-0,03	0,15	Ref	-	-
Permissivo					
Pouco permissivo	-0,01	0,15	0,22	-0,56 a 0,31	0,57
Muito permissivo	0,12	0,17	Ref	-	-
Escala BDI-II					
Sem depressão	0,04	0,14	0,25	-0,51 a 0,46	0,92
Com depressão	0,07	0,20	Ref	-	-
Escala ASRS*					
Sem TDAH	0,29	0,18	0,46	-0,02 a 0,93	0,06
Com TDAH	-0,17	0,15	Ref	-	-
Desempenho CF					
Autoritativo					
Pouco autoritativo	0,09	0,16	0,13	-0,29 a 0,55	0,554
Muito autoritativo	-0,04	0,15	Ref	-	-
Autoritário					
Pouco autoritário	-0,07	0,18	-0,18	-0,68 a 0,31	0,465
Muito autoritário	0,11	0,16	Ref	-	-
Permissivo					
Pouco permissivo	-0,05	0,18	-0,14	-0,55 a 0,27	0,502
Muito permissivo	0,09	0,12	Ref	-	-
Escala BDI-II					
Sem depressão	0,06	0,13	0,08	-0,39 a 0,56	0,729
Com depressão	-0,02	0,20	Ref	-	-
Escala ASRS					
Sem TDAH	0,21	0,19	0,38	-0,11 a 0,87	0,132
Com TDAH	-0,17	0,15	Ref	-	-

(continua)

**CAMILA GUIMARÃES MENDES<sup>1</sup>, DANIELE SOUZA COSTA<sup>2</sup>, ANTÔNIO ALVIM SOARES<sup>3</sup>, ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND<sup>4</sup>, JONAS JARDIM DE PAULA<sup>5</sup>, MARISA COTTA MANCINI<sup>6</sup>, DÉBORA MARQUES MIRANDA<sup>7</sup>**

<sup>1</sup> Doutoranda, Programa em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. <sup>2</sup> Doutora em Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>3</sup> Psiquiatra. Doutor em Medicina Molecular, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>4</sup> Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>5</sup> Doutor em Medicina Molecular, Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Belo Horizonte, MG. <sup>6</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. <sup>7</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG.

A direção da associação mostrou que quanto mais baixos os padrões de sintomas de TDAH na mãe, maior a independência da criança nas tarefas de cuidado familiar. Para todos os resultados do CHORES, o efeito do tempo de tratamento foi significativo ( $p < 0,0001$ ) (dados não apresentados).

**Tabela 3 -** Continua

<b>Desfecho/Preditor</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>IC95%</b>	<b>P</b>
Assistência AC					
Autoritativo					
Pouco autoritativo	-0,05	0,15	-0,18	-0,58 a 0,22	0,371
Muito autoritativo	0,13	0,14	Ref	-	-
Autoritário					
Pouco autoritário	0,12	0,18	0,15	-0,28 a 0,59	0,488
Muito autoritário	-0,04	0,12	Ref	-	-
Permissivo					
Pouco permissivo	-0,02	0,14	-0,12	-0,54 a 0,30	0,581
Muito permissivo	0,10	0,16	Ref	-	-
Escala BDI-II					
Sem depressão	0,09	0,14	0,11	-0,34 a 0,57	0,62
Com depressão	-0,02	0,17	Ref	-	-
Escala ASRS					
Sem TDAH	0,33	0,17	0,58	0,13 a 1,04	0,01
Com TDAH	-0,25	0,14	Ref	-	-
Assistência CF					
Autoritativo					
Pouco autoritativo	0,11	0,15	0,08	-0,33 a 0,51	0,68
Muito autoritativo	0,02	0,17	Ref	-	-
Autoritário					
Pouco autoritário	-0,09	0,15	-0,32	-0,84 a 0,20	0,23
Muito autoritário	0,23	0,20	Ref	-	-
Permissivo					
Pouco permissivo	0,01	0,19	-0,11	-0,53 a 0,31	0,61
Muito permissivo	0,12	0,13	Ref	-	-
Escala BDI-II					
Sem depressão	-0,04	0,12	-0,21	-0,73 a 0,30	0,42
Com depressão	0,17	0,22	Ref	-	-
Escala ASRS					
Sem TDAH	0,16	0,16	0,19	-0,28 a 0,66	0,42
Com TDAH	-0,03	0,17	Ref	-	-

AC = tarefas de autocuidado; ASRS = Adult Self-Report Scale; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; CF = tarefas de cuidado familiar; DP = desvio padrão; IC95% = intervalo de confiança de 95%; Ref = referência, definida como zero porque este parâmetro é redundante; TDAH = transtorno do déficit de atenção com hiperatividade.

Equações de estimativas generalizadas (GEE): \* $p < 0,05$ .



**CAMILA GUIMARÃES MENDES  
DANIELE SOUZA COSTA  
ANTÔNIO ALVIM SOARES  
ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND  
JONAS JARDIM DE PAULA  
MARISA COTTA MANCINI  
DÉBORA MARQUES MIRANDA**

Embora não fosse o objetivo do nosso estudo, também analisamos o efeito dos estilos parentais e dos sintomas maternos nas mudanças nos sintomas de TDAH das crianças. Nenhum efeito significativo foi encontrado (dados não apresentados).

## Discussão

As crianças com TDAH incluídas neste estudo apresentaram melhora funcional significativa, medida pelo CHORES após uma mediana de 16 meses de tratamento com metilfenidato. Como esperávamos, os sintomas maternos de TDAH foram preditores de pior funcionalidade das crianças nas tarefas domésticas, exceto a depressão; os estilos parentais não se relacionaram com a participação doméstica.

É necessário esclarecer que o estudo não trata de diagnósticos psiquiátricos, e sim de padrões de diagnósticos obtidos pela escala ASRS. Portanto, os padrões de TDAH materno influenciaram mais claramente a funcionalidade das crianças nas tarefas domésticas. Quanto menos sintomas maternos de TDAH, maior a independência adquirida pelas crianças nas tarefas de cuidado familiar. Os pais de crianças com TDAH geralmente apresentam mais sintomas de TDAH do que os pais de crianças com desenvolvimento típico<sup>22</sup>. O impacto dos sintomas maternos de TDAH é esperado. As crianças podem precisar de mais assistência para realizar as tarefas de cuidado familiar, pois suas mães podem não servir de exemplo ou modelo de como realizar a tarefa ou dar oportunidades para a criança realizá-la. As tarefas domésticas de cuidado familiar envolvem cuidar das necessidades, dos pertences e do espaço comum na relação com os outros (por exemplo, cuidar dos irmãos mais novos, lavar a louça)<sup>11</sup>. Quando a mãe apresenta sintomas de TDAH, podem ser comuns os déficits na organização do tempo e das tarefas rotineiras<sup>23</sup>. As oportunidades para realizar tarefas de autocuidado ocorrem com mais frequência do que as tarefas de cuidado familiar, o que facilita o aprendizado do autocuidado em relação ao aprendizado do cuidado familiar, que pode ser mais dependente de orientações<sup>12</sup>.

Até este momento, nenhum estudo investigou a melhora no tratamento de crianças com TDAH através de uma medida de funcionalidade como o CHORES. Já

se sabia que a participação de crianças com TDAH em atividades domésticas era influenciada por sintomas positivos associados ao diagnóstico<sup>4</sup>, que também são comuns. No entanto, desconhecia-se a influência dos sintomas psiquiátricos dos pais e dos estilos parentais no processo de ensinar e demandar tarefas domésticas. Na verdade, este estudo tem limitações e o tamanho da amostra é pequeno para detectar pequenas mudanças e efeitos; estudos futuros devem se basear em nossos resultados preliminares. A ausência de um grupo controle é outro fator a ser considerado.

Os sintomas de TDAH nos pais aumentam o risco de que eles usem estratégias parentais ineficazes, como ser indiferente, monitorar ou disciplinar o mau comportamento de maneira inconsistente, elogiar com pouca frequência, ser impaciente e exagerar na reação<sup>24,25</sup>, mas não encontramos associação entre os estilos parentais e a participação doméstica. É possível que nosso estudo tenha sofrido um viés de informação, pois as famílias entrevistadas puderam responder ao que lhes parecia mais apropriado.

## Conclusão

A maioria das pesquisas sobre TDAH avalia o desempenho acadêmico e o número de sintomas de TDAH como medida do sucesso do tratamento. Neste estudo, utilizamos um instrumento de avaliação doméstica para entender mais sobre o impacto familiar nos desfechos funcionais das crianças em tratamento para TDAH. Em consonância com outros estudos, reafirmamos a importância de avaliar as características familiares para melhorar as chances de sucesso das crianças em qualquer intervenção. As tarefas domésticas são um contexto em que os efeitos dos sintomas do TDAH são externalizados na rotina diária, de modo que isso pode aproximar o corpo clínico da funcionalidade real das crianças.

## Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer especialmente às famílias que concordaram em participar deste estudo.

Artigo submetido em 18/11/2019, aceito em 19/11/2019. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). **Correspondência:** Camila Guimarães Mendes, Rua Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP 30130-100, Belo Horizonte, MG. E-mail: camilagmbh@gmail.com

### Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Garner AA, O'Connor BC, Narad ME, Tamm L, Simon JEpstein JN. The relationship between ADHD symptom dimensions, clinical correlates, and functional impairments. *J Dev Behav Pediatr.* 2013;34:469-77.
3. Possa Mde A, Spanemberg L, Guardiola A. [Attention-deficit hyperactivity disorder comorbidity in a school sample of children]. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005;63:479-83.
4. Mendes CG, Drummond AF, Miranda DM, Costa DS, Mancini MC. Household task demands for quiet and focused behavior facilitate performance by ADHD youth. *Arq Neuropsiquiatr.* 2016;74:524-9.
5. Connor DF, Steeber J, McBurnett K. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *J Dev Behav Pediatr.* 2010;31:427-40.
6. Loeber R, Burke JD, Pardini DA. Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;5:291-310.
7. 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;73:713-20.
8. Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of pre-school behaviour. *Genet Psychol Monogr.* 1967;75:43-88.
9. Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB, Nilausen TD, Skoog M, Holmskov M, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(11):CD009885.
10. Goodnow JJ. From household practices to parents' ideas about work and interpersonal relationships. In: Harkness S, Super CM, editors. *Parents' cultural belief systems: their origins, expressions, and consequences.* New York: The Guildford; 1996. p. 313-44.
11. 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.
12. 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;29:274-94.
13. 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;36:980-8.
14. Angelini AL, Alves ICB, Custodio EM, Duarte WF, Duarte JLM. *Matrizes progressivas coloridas de Raven: escala especial.* Manual. Sao Paulo: CETEPP; 1999.
15. Amaral M, Paula RL, Drummond A, 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. *Rev Bras Fisioter.* 2012;16:515-22.
16. Oliveira TD, Costa DS, Albuquerque MR, Malloy-Diniz LF, Miranda, DM, de Paula JJ. Cross-cultural adaptation, validity, and reliability of the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire - Short Version (PSDQ) for use in Brazil. *Braz J Psychiatry.* 2018;40:410-9.
17. 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/

**CAMILA GUIMARÃES MENDES  
DANIELE SOUZA COSTA  
ANTÔNIO ALVIM SOARES  
ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND  
JONAS JARDIM DE PAULA  
MARISA COTTA MANCINI  
DÉBORA MARQUES MIRANDA**

- hiperatividade (TDAH) em adultos. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006;33:188-94.
18. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo NF, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Braz J Psychiatry.* 2012;34:389-94.
  19. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. Dados com base no levantamento sócio econômico - 2005 - IBOPE. 2012. <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=07>
  20. 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;28:290-7.
  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. Wood JJ, McLeod BD, Sigman M, Hwang WC, Chu BC. Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry.* 2003;44:134-51.
  23. Epstein JN, Conners CK, Erhardt D, Arnold LE, Hechtman L, Hinshaw SP, et al. Familial aggregation of ADHD characteristics. *J Abnorm Child Psychol.* 2000;28:585-94.
  24. Johnston C, Mash EJ, Miller N, Ninowski JE. Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Psychol Rev.* 2012;32:215-28.
  25. Chronis-Tuscano A, Raggi VL, Clarke TL, Rooney ME, Diaz Y, Pian J. Associations between maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *J Abnorm Child Psychol.* 2008;36:1237-50.