

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CAMILLA OLEIRO DA COSTA

DESEMPENHO OCUPACIONAL E SUA RELAÇÃO COM TRANSTORNOS
EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS DE CRIANÇAS SAUDÁVEIS

Pelotas

2017

CAMILLA OLEIRO DA COSTA

**DESEMPENHO OCUPACIONAL E SUA RELAÇÃO COM TRANSTORNOS
EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS DE CRIANÇAS SAUDÁVEIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde e Comportamento.

Orientador: Ricardo Azevedo da Silva

Pelotas

2017

C837d Costa, Camilla Oleiro da
Desempenho ocupacional e sua relação com transtornos emocionais e comportamentais de crianças saudáveis. / Camilla Oleiro da Costa. – Pelotas: UCPEL, 2018.

116 f.

Tese (doutorado) – Universidade Católica de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Pelotas, BR-RS, 2018. Orientador: Ricardo Azevedo da Silva.

1. desempenho ocupacional. 2. transtornos emocionais e comportamentais. I. Silva, Ricardo Azevedo da , or. II. Título.

CDD 616.89

**DESEMPENHO OCUPACIONAL E SUA RELAÇÃO COM TRANSTORNOS
EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS DE CRIANÇAS SAUDÁVEIS**

Conceito final: _____

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Nicole Ruas Guarany

Profª. Dra. Karen Jansen

Profª. Dra. Mariane Lopez Molina

Orientador – Prof. Dr. Ricardo de Azevedo Silva

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente, a Deus por todas oportunidades concedidas a mim.

Aos meus familiares, pelo suporte sempre que preciso.

A meu irmão pela companhia, pronto auxílio (em tudo que foi preciso e possível) e carinho.

Aos amigos que sempre estenderam a mão e entenderam minhas dificuldades. Obrigada às “meninas de Porto Alegre” que me auxiliaram como puderam – aceitando minhas desculpas e ausências. Obrigada às “meninas do trabalho” que foram fundamentais nesse percurso, com palavras de apoio e disponibilidade para discutir dúvidas.

Aos parceiros de “Infância Saudável”. Me ensinaram muito sobre companheirismo, força e grupalidade. Me deram também muitas alegrias, exemplos, auxílio e suporte. Fizeram a melhor parte desse processo insano, com certeza. Obrigada Amanda, Paulínia e Suelen. Obrigada aos demais pesquisadores e aos bolsistas sempre prontos. Giovana, Júlia B., Júlia T., Patrícia, Mariana e Érico: vocês foram essenciais.

Ao orientador e ao co-orientador, Ricardo e Jerônimo, respectivamente. Pelas alegrias partilhadas, pela ajuda e pelos ensinamentos.

Por fim, ao meu melhor amigo – dupla – fiel escudeiro – parceiro – namorado, Andrey. Obrigada por sempre dizer que estará comigo, que iremos superar todos os tropeços e que dividiremos todas as alegrias. Obrigada pela confiança, amor, apoio e suporte. Obrigada por ser tão especial, amoroso e otimista.

*Às vezes, as mãos resolvem um mistério com
o qual o intelecto lutou em vão.*

Carl Gustav Jung

RESUMO

A saúde e o desenvolvimento infantil são assuntos sempre pertinentes. Na infância e adolescência, os principais problemas relacionados à saúde mental são os transtornos de conduta, de atenção, de hiperatividade e emocionais. O desempenho ocupacional é a capacidade que os indivíduos têm de realizar atividades rotineiras e de desempenhar papéis e tarefas. As crianças têm um repertório menor de ocupações quando comparadas aos adultos. Entretanto, ao se desenvolverem, passam a executar tarefas mais complexas até atingirem o repertório total de atividades, dentro de suas possibilidades. Os transtornos emocionais e comportamentais podem influenciar o desenvolvimento das crianças e, conseqüentemente, alterar seu desempenho ocupacional. A percepção sobre o desempenho ocupacional de crianças, então, pode estar relacionada a presença de transtornos emocionais e comportamentais. **Objetivo:** Relacionar problemas de saúde mental mais frequentes na população infantil com a percepção de cuidadores de crianças a respeito do desempenho ocupacional das mesmas. **Metodologia:** Estudo transversal com pares de crianças escolares da rede municipal de oito anos e seus cuidadores principais. **Instrumentos:** Para a amostra de crianças foi utilizado um questionário sociodemográfico. Para os cuidadores foram utilizados um questionário sociodemográfico, o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) e a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM). **Análise dos dados:** As variáveis qualitativas foram descritas por frequência e as variáveis quantitativas por média e desvio padrão. Para comparação das variáveis dicotômicas e numéricas foi utilizado o Teste T e para análise das variáveis contínuas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Os valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. **Resultados:** As médias de desempenho ocupacional e satisfação com o desempenho das crianças foram de 5,96 ($\pm 2,2$) e 5,99 ($\pm 2,93$), respectivamente. Verificou-se que receber benefício social

($p = 0,011$) e morar com a mãe ($p = 0,048$) foram associados ao desempenho ocupacional abaixo da média nas crianças. A média total do SDQ foi de 15,5 (± 8). A subescala de sintomas emocionais teve média de 3,85 ($\pm 2,72$) pontos, a subescala de problemas de conduta de 2,88 ($\pm 2,1$) pontos, a subescala de hiperatividade de 5,3 ($\pm 2,8$) pontos, a subescala de problemas de relacionamento com os colegas de 3,4 ($\pm 2,7$) pontos e a subescala de comportamento pró-social teve média de 8,8 ($\pm 1,4$) pontos). Foi encontrada fraca correlação entre a média de desempenho ocupacional e as subescalas e total do SDQ. Todavia, evidenciou-se que quanto pior o desempenho ocupacional, mais problemas emocionais e comportamentais a criança apresenta.

Palavras-chave: Desempenho ocupacional – Transtornos emocionais e comportamentais

ABSTRACT

The health and children development are always relevant issues. In childhood and adolescence, the main problems related to mental health are disorders of conduct, attention, hyperactivity and emotional. Occupational performance is the ability of individuals to perform routine activities and to perform roles and tasks. The children have a smaller repertoire of occupations when compared to adults. However, with them develop, they begin to perform more complex tasks until they reach the total repertoire of activities, within their possibilities. The emotional and behavioral disorders can influence the development of children and, consequently, change their occupational performance. The perception about the occupational performance of children, then, can be related to the presence of emotional and behavioral disorders. **Objective:** Relate the more frequent mental health problems in the child population with the perception of caregivers of children regarding their occupational performance. **Methodology:** Cross-sectional study with pairs of schoolchildren of the municipal network with eight years old and their main caregivers. *Instruments:* A sociodemographic questionnaire was used for the sample of children. For the caregivers were used a sociodemographic questionnaire, the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and the Canadian Occupational Performance Measure (COPM). *Data analysis:* Qualitative variables were described by frequency and quantitative variables by mean and standard deviation. For the comparison of the dichotomous and numerical variables, the T-test was used

and for the analysis of the continuous variables the Spearman correlation coefficient was used. Values of $p < 0.05$ were considered statistically significant. **Results:** The averages of occupational performance and satisfaction with the performance of the children were 5.96 (+2.2) and 5.99 (+2.93), respectively. It was found that receive social benefit ($p = 0.011$) and live with the mother ($p = 0.048$) were associated with occupational performance below average in children. The total mean SDQ was 15.5 (+8). The subscale of emotional symptoms had an average of 3.85 (+2.72) points, the subscale of conduct problems of 2.88 (+2.1) points, the subscale hyperactivity 5.3 (+2.8) points, the subscale of relationship problems with colleagues of 3.4 (+2.7) points and the subscale of pro-social behavior averaged 8.8 (+1.4) points. It was found weak correlation between the average occupational performance and the subscales and total SDQ. However, it was evidenced that the worse occupational performance, more emotional and behavioral problems the child presents.

Keywords: Occupational performance - Emotional and behavioral disorders

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Ocupações e atividades humanas	31
Quadro 2 – Resumo dos estudos utilizados na composição da revisão de literatura	36
Figura 1 – Esquema de organização para seleção da amostra	41
Figura 2 – Organização das escolas, estimativa de alunos por escola e amostra ...	42
Quadro 3 – Bandas provisionais do instrumento SDQ.....	44
Quadro 4 – Cronograma do estudo	50
Quadro 5 – Orçamento	51
Figura 3 – Quantitativo de crianças avaliadas no projeto “Infância Saudável” e incluídos na amostra	59

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 – Perfil da amostra de crianças analisadas no estudo..... 68

Tabela 2 – Perfil da amostra de cuidadores analisadas no estudo..... 69

Tabela 3 – Atividades mais problemáticas relacionadas ao desempenho ocupacional nas áreas de autocuidado, produtividade e lazer..... 71

Tabela 4 – Fatores associados ao baixo desempenho ocupacional das crianças estudadas..... 72

Artigo 2

Tabela 1 – Caracterização da amostra de crianças escolares de oito anos..... 97

Tabela 2 – Caracterização da amostra de cuidadores do estudo..... 98

Tabela 3 – Frequência de transtornos emocionais e comportamentais em crianças escolares de oito anos..... 99

Tabela 4 – Relação dos transtornos emocionais e comportamentais com as médias de desempenho ocupacional e satisfação do desempenho ocupacional das crianças percebidos pelos cuidadores..... 100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SDQ	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>
COPM	Medida Canadense de Desempenho Ocupacional
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
DO	Desempenho ocupacional
TO	Terapia ocupacional
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
PROJETO.....	17
1 IDENTIFICAÇÃO.....	19
1.1 Título	19
1.2 Titulação em andamento que designa o autor do trabalho	19
1.3 Orientador	19
1.4 Instituição	19
1.5 Curso	19
1.6 Linha de pesquisa	19
1.7 Data	19
2 INTRODUÇÃO.....	20
3 OBJETIVOS.....	23
4 HIPÓTESES.....	25
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	26
5.1 Saúde Mental Infantil e Transtornos comuns da infância e adolescência	26
5.2 Desempenho ocupacional	30
6 MÉTODO.....	39
6.1 Delineamento	40
6.2 Participantes e Amostra	40
6.2.1 Critérios de inclusão	42
6.2.2 Critérios de exclusão	42
6.3 Instrumentos	43
6.4 Logística	46
6.5 Análise dos dados	47
6.6 Aspectos éticos	47
6.7 Cronograma	49
6.8 Orçamento	51
7 REFERÊNCIAS.....	52

RESULTADOS	59
ARTIGO 1.....	61
ARTIGO 2.....	79
CONCLUSÃO.....	101
ANEXOS.....	102
Anexo A: Questionário Sociodemográfico Crianças	102
Anexo B: Questionário sociodemográfico Pais/Cuidadores	103
Anexo C: <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ)	104
Anexo D: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)	105
Anexo E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
Anexo F: Adendo enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa	110
Anexo G: Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	116

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho tem como tema de estudo a relação entre o desempenho ocupacional e a saúde mental infantil. A percepção sobre o desempenho ocupacional de crianças pode estar relacionada aos transtornos emocionais e comportamentais. Os cuidadores podem ter expectativas diferentes das capacidades de desempenho das crianças, levando a problemas de relacionamento e prejuízo ao desenvolvimento das mesmas.

A saúde e o desenvolvimento infantil são assuntos sempre pertinentes, pois a partir de estudos desses temas é possível auxiliar no desenvolvimento adequado das crianças, buscando independência e prevenção de agravos em idade adulta. Além disso, é possível que políticas públicas de saúde sejam estabelecidas a partir de estudos com essa temática, tornando mais fácil o acesso da população a profissionais e serviços de saúde.

Este estudo faz parte do projeto “Infância Saudável”, que na ocasião da defesa ainda estava em andamento (com coletas, codificação e digitação de dados ainda em fase de realização). Tendo em vista a necessidade de defesa dessa tese no mês de janeiro de 2017 e a falta de dados da amostra do projeto “Infância Saudável”, este volume apresentará o projeto qualificado no mês de agosto de 2016 e dois artigos com resultados parciais.

Os artigos serão submetidos a duas revistas diferentes. O primeiro artigo, sobre o perfil do desempenho ocupacional dos escolares e seus fatores associados, será submetido à Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional (REVISBRATO). O segundo artigo, sobre a relação da percepção dos cuidadores a respeito do desempenho

ocupacional dos escolares e transtornos emocionais e comportamentais, será submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva.

PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CAMILLA OLEIRO DA COSTA

**DESEMPENHO OCUPACIONAL E SUA RELAÇÃO COM TRANSTORNOS
EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS DE CRIANÇAS SAUDÁVEIS**

Pelotas

2016

CAMILLA OLEIRO DA COSTA

**DESEMPENHO OCUPACIONAL E SUA RELAÇÃO COM TRANSTORNOS
EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS DE CRIANÇAS SAUDÁVEIS**

Projeto de pesquisa apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde e Comportamento da
Universidade Católica de Pelotas.

Orientador: Dr. Ricardo Silva

Pelotas
2016

1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Desempenho ocupacional e sua relação com transtornos emocionais e comportamentais de crianças saudáveis

1.2 Doutoranda: Camilla Oleiro da Costa

1.3 Orientador: Professor Doutor Ricardo Azevedo da Silva

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso: Doutorado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de pesquisa: Psicologia da Saúde

1.7 Data: Agosto de 2016

2 INTRODUÇÃO

A prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes varia entre 7 e 12,5% no Brasil¹. As altas taxas são relevantes no que diz respeito aos problemas e complicações decorrentes desses quadros. Os transtornos de comportamento, frequentes na população infantil, por exemplo, tendem a persistir na vida adulta, podendo estar associados à delinquência, comportamento antissocial, problemas conjugais e saúde física prejudicada².

Na infância e adolescência, os principais problemas relacionados à saúde mental são os transtornos de conduta, de atenção, de hiperatividade e emocionais³. No Brasil, no ano de 2015, 29,7% dos casos atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) (verificados através do registro das Autorizações de Pagamento de Serviços de Alta Complexidade), foram de transtornos de comportamento e de transtornos da infância e adolescência (distúrbios hipercinéticos, de conduta, mistos da conduta e das emoções, de funcionamento social e tiques), seguidos por transtornos de desenvolvimento psicológico (23,6%) e retardo mental (12,5%)².

Crianças com transtornos mentais podem apresentar prejuízos no desempenho funcional⁴ e isso pode afetar o funcionamento social, o desempenho escolar e as brincadeiras⁵. A literatura atual enfatiza a ligação entre os fatores de risco biológicos e sociais sobre o desenvolvimento das crianças⁶. Tanto a prematuridade quanto as condições nutricionais e de escolaridade dos pais, por exemplo, podem estar relacionados à saúde mental e ao desempenho ocupacional (DO) das crianças. E uma criança com problemas cognitivos pode apresentar também problemas no desenvolvimento social ou emocional⁷.

Um diagnóstico efetivo e de qualidade nessas áreas se faz importante, sendo necessário investigar tanto as crianças e os adolescentes como seus familiares e professores⁸, para que crianças recebam atenção ampla durante sua infância visando seu desenvolvimento pleno. Somado à atenção ampla às crianças, serviços integrados e a cooperação entre os setores de saúde (atenção primária e escolas, por exemplo) são importantes para que as crianças tenham suas necessidades atendidas como sujeito integral⁹.

O desempenho ocupacional é o ato do indivíduo se engajar em ocupações significativas e úteis e em atividades diárias. Crianças têm como ocupação, entre outras, atividades básicas de vida diária (autocuidado e alimentação, por exemplo), brincar e atividades escolares e sociais. A terapia ocupacional (TO) está relacionada ao desempenho do indivíduo na realização de seus papéis, ocupações e relações no ambiente em que vivem¹⁰ e pode estimular e integrar áreas de desenvolvimento cognitivo, perceptual, motor, social e emocional¹¹. É possível contribuir para o desenvolvimento, aquisição de autonomia e participação social de crianças e adolescentes¹². Entretanto, trata-se de uma área que ainda carece de estudos e sendo uma área atuante na prevenção, a TO precisa operar efetivamente na atenção primária a fim de diminuir disfunções futuras e problemas que podem perpetuar a incapacidade e dificuldade de inserção social.

Políticas de saúde mental infantil são quase inexistentes em todo mundo e isso torna o desenvolvimento dessas estratégias urgente, segundo Belfer e Saxena (2006) citados por Couto *et al.*⁸. O Relatório Mundial de Saúde coloca que estudos direcionados para o desenvolvimento e criação de políticas e serviços é uma das cinco prioridades para saúde mental¹³. Isso ressalta a atenção que deve ser dada às questões de saúde infantil, afim de proporcionar uma cobertura em saúde mais abrangente e de qualidade à população.

Pesquisas para o conhecimento da população acometida por agravos, são essenciais para o desenvolvimento programático de ações de saúde focadas em problemas específicos, de interesse e de responsabilidade da Atenção Básica¹⁴. Nesse sentido, estudos que fomentem as políticas públicas e as estratégias governamentais podem reduzir as causas que levam ao adoecimento infantil por meio da promoção e prevenção em saúde¹⁵.

Verificar se existe relação entre os problemas mais comuns de saúde mental infantil e desempenho ocupacional pode auxiliar no desenvolvimento de crianças. Além disso, pode facilitar a percepção dos cuidadores com relação às crianças, estimulando hábitos mais saudáveis e melhor relacionamento entre eles.

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa “Infância Saudável em contexto: uma investigação multidisciplinar”, realizado desde 2013 no Programa Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas. O estudo “Infância Saudável” é melhor apresentado na seção de métodos deste projeto.

O objetivo desse estudo é relacionar os problemas de saúde mental mais frequentes em escolares com a percepção do desempenho ocupacional que os cuidadores têm em relação às mesmas.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Relacionar problemas de saúde mental mais frequentes em escolares com a percepção do desempenho ocupacional que os cuidadores têm em relação às mesmas.

3.2 Específicos

Artigo 1:

- Traçar o perfil sociodemográfico da amostra de crianças escolares de oito anos e da amostra de cuidadores das crianças;

- Identificar a percepção dos cuidadores a respeito do desempenho ocupacional e satisfação com o desempenho ocupacional das crianças da amostra;

- Verificar os fatores associados ao desempenho ocupacional abaixo da média de crianças escolares de oito anos.

Artigo 2:

- Traçar o perfil sociodemográfico da amostra de crianças escolares de oito anos e da amostra de cuidadores das crianças;

- Identificar a presença de transtornos emocionais e comportamentais (problemas emocionais, hiperatividade, problemas de conduta e problemas de relacionamento) na amostra de crianças escolares de oito anos;

- Identificar a percepção dos cuidadores de crianças escolares de oito anos a respeito do desempenho ocupacional dessas crianças;

- Verificar se há correlação entre a percepção dos cuidadores sobre o desempenho ocupacional das crianças e a presença de transtornos emocionais e comportamentais nas mesmas.

4 HIPÓTESES

Hipótese nula: Quanto pior a percepção dos cuidadores com relação à identificação de capacidades/dificuldades (mais problemas e dificuldades e menos comportamentos pró-sociais), pior também o desempenho ocupacional das crianças (média de desempenho e satisfação).

Hipótese alternativa: Não existe relação entre a presença de transtornos emocionais e comportamentais e a percepção dos cuidadores a respeito do desempenho ocupacional dessas crianças.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A busca e seleção de materiais bibliográficos para realização da revisão de literatura foi realizada entre o período de janeiro e julho de 2016. Foram feitas buscas nos bancos de dados Periódicos CAPES, PubMed, Bireme e Scielo. As bases de dados das duas principais revistas brasileiras de terapia ocupacional também foram acessadas (Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR e Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo). Os descritores utilizados foram: *child mental health*, saúde mental infantil, *occupational therapy*, terapia ocupacional, *occupational performance*, desempenho ocupacional, SDQ (instrumento para avaliação de saúde mental) e COPM (instrumento para avaliação de desempenho ocupacional). Foram utilizados artigos nos idiomas português, inglês e espanhol. Além de artigos científicos, foram utilizados livros das áreas pertinentes ao tema.

5.1 Saúde Mental Infantil e Transtornos Comuns da Infância e Adolescência:

Saúde mental pode ser entendida como um conjunto de habilidades adaptativas relacionadas aos aspectos emocionais, comportamentais e sociais¹⁶. Dados epidemiológicos mundiais sugerem uma taxa de 20%, aproximadamente, de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Desses, entre 4 e 6% precisam de intervenção clínica por causa de uma doença mental¹³. Entre os transtornos comuns da infância e da adolescência estão os transtornos emocionais e comportamentais (de conduta, de atenção e de hiperatividade)^{3, 17, 18}. Esses problemas podem se manifestar através de dificuldades comportamentais, emocionais e sociais e alterações no rendimento escolar, segundo Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004) citados por Saur e Loureiro¹⁹.

Os transtornos emocionais com início na infância podem estar ligados à angústia de separação, fobias, ansiedade social e hiperansiedade²⁰. Já os distúrbios de conduta são caracterizados por persistentes comportamentos dissociais, agressivos ou desafiantes. Manifestações excessivas de agressividade, crueldade contra outras pessoas ou animais, destruição de bens de outrem, roubos, condutas incendiárias, mentiras repetidas, desobediência anormalmente frequente e fugas de casa e da escola são características que baseiam o diagnóstico desse quadro. Na hiperatividade, as crianças são incapazes de modular a atenção, controlar a impulsividade e podem apresentar conduta motora inapropriada. Antes dos sete anos de idade, os primeiros sintomas devem acontecer em pelo menos dois contextos onde a criança está inserida (na escola e em casa, por exemplo). Os prejuízos decorrentes do transtorno ocorrem no ambiente social, ocupacional e de aprendizagem²¹.

O aumento das taxas de prevalência dos problemas de saúde mental infantil é preocupante. Muitos desses transtornos podem ter impacto na vida adulta²². Quadros patológicos de saúde mental que ocorrem na infância podem causar prejuízo no desenvolvimento das crianças e alguns podem estar associados aos transtornos psicossociais que acometem adultos²³. Segundo Kim-Cohen *et al.*, mais de 50% dos transtornos mentais em adultos têm suas origens nos períodos da infância e da adolescência²⁴. Nesse sentido, diagnóstico e intervenções precoces podem reduzir o risco ou até mesmo minimizar a ocorrência de patologias em crianças e adolescentes²⁵.

Fatores de risco e de proteção para problemas de saúde mental são as características, experiências e eventos associados ao aumento ou diminuição da probabilidade de determinado desfecho ocorrer em uma população geral não exposta¹⁶. Crianças e adolescentes estão expostos a diversos fatores de risco. Entre eles estão os fatores biológicos – consideradas as anormalidades do sistema nervoso central causadas

por lesões, infecções, desnutrição ou exposição a toxinas –, genéticos, psicossociais, eventos de vida estressantes e exposição a maus-tratos de diversas ordens. A interação entre esses fatores de risco tem impacto negativo no desenvolvimento e comportamento das crianças e jovens, favorecendo o aparecimento dos transtornos mentais²⁶.

Os transtornos mentais também podem estar relacionados aos fatores psicossociais e ao ambiente, entre eles o local de moradia e a escola, conforme Iom (1994) citado por Bordin e de Paula²⁶. Esses fatores também podem causar impacto na vida diária da criança e do adolescente e na própria estrutura familiar. As questões ambientais, inclusive, foram associadas aos problemas de saúde mental e eventos estressores no estudo de Matos *et al.*¹⁷. O estudo chileno de Vicente *et al.* corrobora com essa questão, demonstrando que em um ambiente com funcionamento familiar empobrecido, a presença de psicopatologia na família e o fato de não viver com ambos os pais representam um risco maior da criança apresentar algum transtorno psiquiátrico²⁷. A criança em desenvolvimento, estruturando-se como sujeito na sociedade, precisa de apoio social, emocional e psicológico. E a família é a responsável diretamente por esse suporte. Assim, quando se trata de problemas relacionados à saúde mental, a família pode ser o foco do sofrimento psíquico, requerendo também atenção²⁸.

Atualmente, a política nacional para saúde mental infanto-juvenil prevê a implementação dos CAPSi para atendimento de transtornos mentais que possam causar prejuízos funcionais⁸. Nessa categoria inclui-se casos de autismo, psicoses, neuroses graves e aqueles problemas que podem gerar rompimento ou manutenção dos laços sociais²⁹. Para encaminhamento de crianças e adolescentes a esses serviços, muitas vezes, o professor faz um diagnóstico situacional sobre os problemas encontrados no ambiente escolar. No estudo de Beltrami e Boarini, verificou-se que os casos de déficit de atenção e hiperatividade e os de distúrbio de conduta foram os mais frequentes num CAPSi num

município do estado do Paraná³⁰. Percebe-se, assim, a importância do cenário escolar não só nas questões referentes ao aprendizado e desempenho escolar, mas também nas questões que envolvem a saúde dos alunos.

Entre os fatores de proteção para ausência dos transtornos mentais estão o apoio social, a autoestima e a supervisão familiar³¹. Segundo Correia *et al.*, a participação em relações de amizade pode proteger os indivíduos de dificuldades emocionais e sociais, ainda que não as evite por completo³². O sentimento de pertença e inclusão, bem como afeto e segurança emocional, podem ser fundamentais para aprendizagem de competências utilizadas no período da adolescência (como a conquista da autonomia, por exemplo).

As redes sociais, nas quais se pode incluir o ambiente escolar, também podem funcionar como fator de proteção para o desenvolvimento de transtornos mentais e outros problemas de saúde³³. A escola representa um espaço para partilha de conhecimento sobre a saúde, fomentar estilos de vida saudáveis, além do fortalecimento do desempenho psicossocial e físico³⁴. Nas atividades em grupo desenvolvidas na escola e ainda quando se sentem apoiadas pela comunidade, as crianças tendem a apresentar melhor saúde mental³³.

É na escola também que as questões sociais podem ser transformadas em patologias. As causas do fracasso escolar podem estar relacionadas à existência de condições psiquiátricas pré-existentes⁹. Nesse sentido, a escola percebe a alteração no desempenho escolar e os problemas de relacionamento e conduta como culpa de possíveis processo patológicos. Eximindo-se, então, de responsabilidade por possíveis problemas e agravos gerados na vida de seus alunos.

5.2 Desempenho Ocupacional:

A TO é uma área de conhecimento voltada à prevenção e tratamento de pessoas com alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras – baseada na sistematização e utilização da atividade humana – através de projetos terapêuticos específicos nas áreas da atenção básica e de média e alta complexidade³⁵. É uma profissão centrada no cliente, visando a promoção da saúde e do bem-estar através da ocupação. O principal objetivo do terapeuta ocupacional é capacitar o indivíduo a ser participativo nas atividades de vida diária³⁶.

Terapia ocupacional é o uso terapêutico das ocupações com o intuito de melhorar ou possibilitar a participação dos indivíduos em papéis, hábitos e rotinas em diferentes contextos e ambientes (casa, escola, trabalho, comunidade, entre outros). O terapeuta ocupacional possibilita o envolvimento dos sujeitos por meio de adaptações e/ou modificações no ambiente ou objetos³⁷. Para sua atuação, o profissional faz uso de atividades expressivas, lúdicas, artísticas, vocacionais, artesanais e de automanutenção. Ele avalia, previne e trata disfunções de origem física, mental, social ou de desenvolvimento¹¹.

Por ocupação se entende todas as atividades em que o indivíduo se envolve diariamente; essas ocupações ocorrem em determinados contextos e são influenciadas pela interação entre os fatores dos clientes e habilidades de desempenho e padrões de desempenho. Atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social são termos usados para designar as ocupações humanas³⁷. É uma atividade de significado único, que organiza naturalmente o comportamento humano e o cotidiano³⁸. As crianças têm um repertório menor de ocupações quando comparadas aos adultos. Porém, ao longo de seu

desenvolvimento sadio passam a executar tarefas mais complexas até atingirem o repertório total de atividades, dentro de suas possibilidades.

O Quadro 1, a seguir, apresenta a descrição das ocupações humanas e os principais exemplos de atividades.

Quadro 1: Ocupações e atividades humanas.

Ocupações Humanas		
Atividades de vida diária	Atividades relacionadas ao cuidado com o próprio corpo; envolvem mobilidade funcional e cuidado pessoal	Deambulação, mobilidade em cadeira de rodas, mobilidade no leito, transferência, alimentação, higiene, uso do vaso sanitário, banhar-se, vestir-se, controle de esfíncteres, alimentação (comer)
Atividades instrumentais de vida diária	Atividades orientadas para interação com o ambiente e que, com frequência, são complexas	Cuidar de outros e de animais de estimação, criar filhos, usar dispositivos de comunicação, mobilidade na comunidade, limpeza
Descanso e sono	Atividades relacionadas ao sono e descanso reparadoras para apoiar a saúde e o envolvimento ativo em outras ocupações	Descansar, preparar o sono, participação do sono
Educação	Atividades de aprendizagem e participação no ambiente educacional	Participação de atividades acadêmicas e não acadêmicas, vocacionais e informais relacionadas ao ambiente educacional
Trabalho	Trabalho ou esforço com ou sem recompensa financeira	Interesse e busca por emprego, procura e aquisição de emprego, desempenho no trabalho, adequação e preparação para aposentadoria, participação em atividade voluntária
Brincar	Atividade espontânea e organizada que dá satisfação, prazer e alegria	Brincar exploratório e participação no brincar
Lazer	Atividade não obrigatória realizada no tempo livre	Exploração e participação no lazer
Participação social	Atividades de participação social que podem ocorrer pessoalmente ou por meio de tecnologias remotas	Comunidade, família, pares e amigos

Fonte: Cavalcanti *et al.*³⁷

Fatores do cliente são as habilidades e capacidades específicas, características ou crenças de cada indivíduo e que influenciam positiva ou negativamente no desempenho das ocupações. Esses fatores são influenciados por doenças, habilidades e padrões de desempenho, contextos e ambientes, ocupações, participação em atividades e experiências de vida³⁷.

Habilidades de desempenho são habilidades observáveis demonstradas pelo cliente. Capacidades práticas, cognitivas e de regulação emocional são alguns exemplos³⁷. Para Fischer e Griswold, as habilidades de desempenho são categorizadas em habilidades motoras (preensão, coordenação, sustentação, fluidez, resistência, ritmo, entre outras), processuais (atenção, manipulação, iniciativa, sequenciamento,

organização, ajustamento, entre outras) e de interação social (desenvoltura, discordância, jogo de linguagem, empatia, entre outras)³⁹.

Padrões de desempenho são hábitos, rotinas, funções e rituais que o indivíduo utiliza ao se envolver em ocupações. Podem ser considerados facilitadores ou barreiras para o desempenho ocupacional. Eles são desenvolvidos ao longo do tempo sendo influenciados por todos os aspectos que dizem respeito ao domínio da TO. Todavia, ainda que um indivíduo tenha condições de se envolver em uma habilidade de desempenho, se não tiver as habilidades essenciais para padrões de envolvimento produtivos, sua saúde, bem-estar e participação podem ser afetados³⁷.

Por perceber o indivíduo como um todo, o terapeuta ocupacional preocupa-se com o modo como as ocupações são executadas (habilidades e padrões de desempenho), com as possibilidades para essa realização (fatores do cliente) e onde elas são desenvolvidas – contextos e ambientes. O envolvimento e a participação dos indivíduos ocorrem em contextos e ambientes (cultural, pessoal, físico, social, temporal e virtual) que influenciam na qualidade e satisfação do desempenho³⁷. Desempenho ocupacional é, então, a ação humana realizada em resposta a uma forma ocupacional⁴⁰. É a habilidade que os indivíduos têm de realizar atividades rotineiras e de desempenhar papéis e tarefas³⁸. “Desempenho ocupacional é a realização da ocupação selecionada resultante da transação dinâmica entre o cliente, o contexto e o ambiente, e a atividade ou ocupação” (p.14)³⁷.

A TO pode estimular e integrar áreas de desenvolvimento cognitivo, perceptual, motor, social e emocional¹¹. Procura contribuir com o desenvolvimento, autonomia e participação social de crianças e adolescentes¹². Pode-se ainda desenvolver a terapêutica com pais e responsáveis, além de professores¹¹ para obtenção da melhora do desempenho dos indivíduos. Muitas vezes a disfunção para realização de atividades está associada à

incapacidade do indivíduo se adaptar àquelas circunstâncias que sobrecarregam a capacidade de resposta dele. A criança pode perder habilidades ou não as ter aprendido, o ambiente físico pode ser mal feito, o ambiente social pode ser estressante ou não proporcionar a proteção necessária ou, ainda, a tarefa requerida pode ser de difícil realização¹⁰.

Hwang *et al.* avaliaram o desempenho ocupacional, entrevistando pais de crianças com ou em risco de atraso de desenvolvimento a fim de identificar os desafios funcionais e indicar a classificação de desempenho das mesmas⁴¹. Miller *et al.* utilizaram o instrumento Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), para avaliar o desempenho ocupacional, como medida para pré e pós-teste, com 20 crianças entre sete e 11 anos, com sintomas típicos de dispraxia⁴². A partir das médias de desempenho e satisfação, a amostra foi dividida em dois grupos, cada um recebendo uma intervenção diferente (orientação cognitiva para o desempenho ocupacional e abordagem de tratamento contemporâneo)¹. Após esse período, o instrumento foi aplicado novamente constatando modificações nas médias de desempenho e satisfação. Rosenberg *et al.*, avaliaram a melhora funcional de crianças em idade pré-escolar, através da entrevista de 17 pares de pais⁴³. As crianças foram submetidas a 11 semanas de sessões focais para aquisição de estratégias executivas para o desempenho ocupacional. A COPM apontou melhora de 3 pontos para o desempenho e 5 pontos para satisfação.

O profissional terapeuta ocupacional realiza sua intervenção no uso das ocupações a fim de promover saúde, bem-estar e proporcionar participação na vida. Ele avalia e

¹ A abordagem de Orientação Cognitiva para o Desempenho Ocupacional (CO-OP) é um método individualizado que foca na identificação de estratégias que são necessárias para o desempenho das tarefas (atividades previamente definidas como metas a serem atingidas dentro de uma intervenção de terapia ocupacional) dentro de uma perspectiva cognitiva. A Abordagem Contemporânea de tratamento, no respectivo estudo, foi realizada em sessões individualizadas utilizando abordagens amplamente conhecidas como neuromuscular, multissensorial e biomecânica. Essa abordagem refere-se a diferentes abordagens utilizadas atualmente como foco da intervenção terapêutica ocupacional⁴².

analisa o desempenho ocupacional de forma complexa e dinâmica, levando em consideração a vontade do indivíduo bem como suas condições e agravos de saúde³⁷. Na infância as crianças estão adquirindo habilidades para a realização de atividades de autocuidado, em processo de formação e aprendizado escolar e se desenvolvendo através do brincar e do lazer. Nesse sentido, os ambientes em que a criança está inserida podem auxiliar ou prejudicar seu desenvolvimento e a realização de suas atividades. O estudo de Ferriolli *et al.* identificaram que em famílias que mantêm uma rotina de horários para a realização das tarefas escolares os problemas de saúde mental infantil tendem a ser menores³.

Os transtornos emocionais e comportamentais também podem alterar o desempenho escolar das crianças e influenciar seu aprendizado. O estudo de Matsukura *et al.* correlacionou o desempenho escolar com hiperatividade e comportamento pró-social⁴⁴. As crianças apresentaram mais problemas de hiperatividade quando seus pais relataram não brincar com as mesmas. E ao mesmo tempo, tiveram menos problemas de conduta aquelas crianças onde o ambiente familiar exigia responsabilidades que eram cumpridas por todos naquele ambiente. Já a revisão de Bastos, Mancini e Pyló sugere que as condições de saúde mental resultam em dificuldades no desempenho ocupacional em três grandes áreas: autocuidado, produtividade e lazer⁴⁵. Dessa forma, percebe-se que o contexto familiar pode interferir na saúde mental infantil levando a prejuízos no aprendizado e rendimento escolar, além de poder alterar os processos de socialização.

Geralmente a TO é vista atuando na reabilitação de quadros já instalados e que geram agravos importantes à independência dos indivíduos. Entretanto, a prevenção faz parte do domínio da profissão. Entender como o contexto, as relações e o desenvolvimento interferem na execução das atividades rotineiras, auxilia no processo de prevenção e melhora o entendimento dessas relações na vida dos indivíduos.

O Quadro 2, a seguir, apresenta o resumo de alguns dos estudos utilizados para composição da revisão de literatura. Os estudos relacionam os temas de interesse: saúde mental infantil, desempenho cognitivo e desempenho ocupacional.

Quadro 2: Resumo dos estudos utilizados na composição da revisão de literatura.

Autor (Ano); País; Revista	Amostra	Objetivos	Metodologia	Resultados
Matos MB, Cruz ACN, Dumith SC, Dias NC, Carret RBP, Quevedo LA (2015) ¹⁷ Brasil Ciência e Saúde Coletiva	1.075 crianças, entre 12 e 17 anos.	Avaliar a relação entre eventos estressores ocorridos na família no último ano e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar em duas escolas de uma cidade no sul do Brasil.	Estudo transversal realizado em uma escola estadual e uma municipal. Instrumentos utilizados: SDQ e Escala de Avaliação de Reajustamento Social de Holmes e Rahe.	Prevalência de escore anormal para SDQ entre 25 e 36%. Associação entre eventos estressores e domínios do SDQ. Resultados sugerem relação entre fatores ambientais e a etiologia de transtornos mentais da infância e adolescência.
Messina LF, Tiedemann KB. (2009) ²¹ Brasil Psicologia USP	62 indivíduos (32 com TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade - e 30 sujeitos controle), entre sete e 15 anos.	Investigar as habilidades cognitivas da Memória de Trabalho de crianças e adolescentes com TDAH.	Estudo correlacional, com avaliação única. Instrumento utilizado: TIHC (Teste Infantil de Habilidades Cognitivas).	Grupo com TDAH apresentou melhores resultados nas provas de memória de trabalho visual.
Hwang A-W, Chao M-Y, Liu S-W. (2013) ⁵⁶ Taiwan Research in Developmentl Disabilities	31 famílias com crianças entre cinco e 30 meses com ou em risco de atraso de desenvolvimento randomizados em dois grupos.	Examinar a eficácia de um programa de intervenção precoce baseado em rotinas e um de programa tradicional de visitas domiciliares que utiliza um protocolo baseado nos domínios do desenvolvimento infantil.	Ensaio clínico randomizado com seis meses de intervenção e seis meses de acompanhamento. Dois grupos com intervenção diferentes: “visitas domiciliares” e “intervenção precoce baseada em rotinas”. Instrumentos utilizados: Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI-C)	Grupo que recebeu “intervenção baseada em rotinas” foi mais efetivo nos tópicos de promoção funcional e nas metas familiares. As duas intervenções mostraram-se eficazes nos domínios do desenvolvimento.

			e Comprehensive Development Inventory for Infants and Toddlers (CDIIT).	
Miller LT, Polatajko HJ, Missiuna C, Mandich AD, Macnab JJ. (2001) ⁵⁷ Canadá Human Movement Science	20 crianças entre 7 e 11 anos, com inteligência normal, visão normal (ou corrigida para o normal) e com problemas típicos da dispraxia. Foram excluídas as crianças em tratamento para problemas motores, com desordens neurológicas específicas ou ainda déficit físico ou sensorial causado pelo problema motor.	Comparar a abordagem de Orientação Cognitiva para Desempenho Ocupacional e a abordagem de Tratamento Contemporânea em crianças com dispraxia.	Estudo piloto. Instrumentos utilizados: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional e Performance Quality Rating Scale.	As crianças apresentaram escores mais altos no quesito vocabulário no grupo CO-OP. O mesmo aconteceu para melhora do desempenho e da satisfação. Outras aquisições (melhora) foram encontradas no estudo.
Rosenberg L, Maeier A, Yochman A, Dahan I, Hirsch I. (2015) ⁵⁸ Israel The American Journal of Occupational Therapy	17 pares de pais de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em idade pré-escolar com atendidos em sessões focais de aquisição de estratégias executivas para desempenho ocupacional.	Testar a melhora funcional após um grupo de terapia ocupacional cognitivo-funcional em crianças de idade pré-escolar com déficit de atenção e hiperatividade.	Estudo de intervenção. As crianças foram acompanhadas por 11 semanas (13 sessões considerando a aplicação e reaplicação dos instrumentos) quando receberam intervenções de terapia ocupacional focais para aquisição de estratégias executivas para o desempenho ocupacional. Instrumentos	Melhora significativa apontada pela COPM e pela GAS. O grupo de intervenção cognitivo-funcional demonstrou melhora no funcionamento diário e função social. Segundo a COPM, desempenho e satisfação melhoram (estatisticamente

			<p>utilizados: A melhora funcional foi avaliada pela COPM e escala de realização de metas (GAS). A função executiva pelo Inventário Comportamental de Função Executiva (versão pediátrica). Os sintomas do TDAH pela Escala Conners para pais e para professores. A função social foi avaliada pela Escala de Participação Social de Processamento Sensorial.</p>	<p>significativo); a melhora foi de 3 pontos para o escore médio de desempenho e 5 pontos para o escore médio de satisfação.</p>
--	--	--	---	--

Fonte: Elaborado pelo Autor

6 METODOLOGIA

Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa “Infância saudável em contexto: uma investigação multidisciplinar”, iniciado em 2013, na Universidade Católica de Pelotas (UCPel) no Programa de Mestrado e Doutorado Saúde e Comportamento. Tal estudo tem como foco de atenção questões relativas à obesidade e alimentação, desenvolvimento motor e percepção de competência, desempenho cognitivo e aprendizado, estresse infantil e saúde mental, entre outras variáveis. A amostra desse projeto foi calculada em 451 crianças (mais 30% em razão das perdas e recusas) estudantes de escolas municipais de Pelotas e com oito anos completos (na ocasião da coleta) e seus respectivos cuidadores. A coleta dos dados com as crianças aconteceu em 20 escolas da cidade (sorteadas aleatoriamente), iniciou no segundo semestre de 2015 e tem previsão de término ao final do ano de 2016. A coleta de dados com cuidadores iniciou no mesmo período e tem previsão de término para o mês de janeiro de 2017. Entretanto, esta etapa ocorre nas residências dos cuidadores.

O projeto “Infância Saudável” foi aprovado em 25 de setembro de 2014, pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas, sob o número CAEE 27696014.3.0000.5339, número do parecer 843.526.

Dessa forma, o presente estudo utilizou dados do projeto “Infância Saudável” e coletou dados próprios, depois de um adendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel. As informações a seguir referem-se aos métodos do presente estudo.

6.1 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal que correlacionará dados de crianças escolares de oito anos e seus cuidadores em uma cidade do Sul do estado do Rio Grande do Sul.

6.2 Participantes e amostra

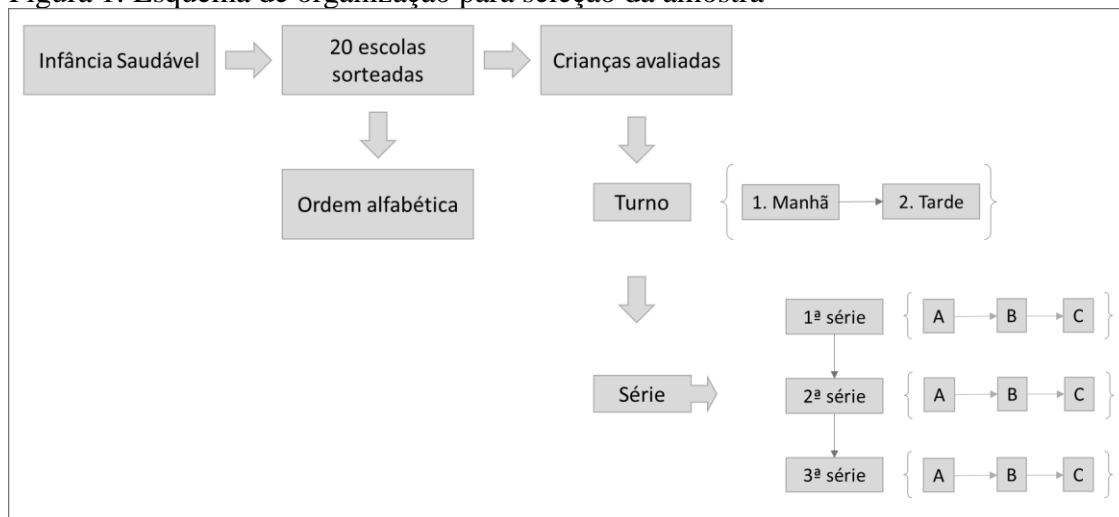
O presente estudo tem dois grupos de participantes. O primeiro grupo será formado por alunos de escolas municipais de Pelotas, nascidos em 2008, ou seja, com idade de oito anos completos ou incompletos, frequentando o segundo e/ou terceiro ano. O segundo grupo será formado pelos cuidadores (pai, mãe ou responsável) das crianças da amostra.

Trata-se de uma amostra probabilística aleatória simples de participantes do Estudo Infância Saudável.

- Amostragem:

A lista das escolas sorteadas na composição da amostra do projeto “Infância Saudável” será organizada em ordem alfabética. Cada escola terá uma listagem organizada por turno (manhã e tarde, nessa ordem em caso de dois turnos) e turmas (de menor a maior série). Em cada turma, o nome das crianças será organizado em ordem alfabética. Das crianças avaliadas e incluídas na amostra do projeto “Infância Saudável” (ou seja, já avaliadas no “Infância Saudável”), a primeira criança, da primeira escola, do turno da manhã, da menor série, será incluída na amostra desse estudo. A segunda criança será excluída. A terceira incluída e assim sucessivamente até a última escola. A Figura 1 a seguir ilustra a organização da seleção da amostra nesse estudo.

Figura 1: Esquema de organização para seleção da amostra

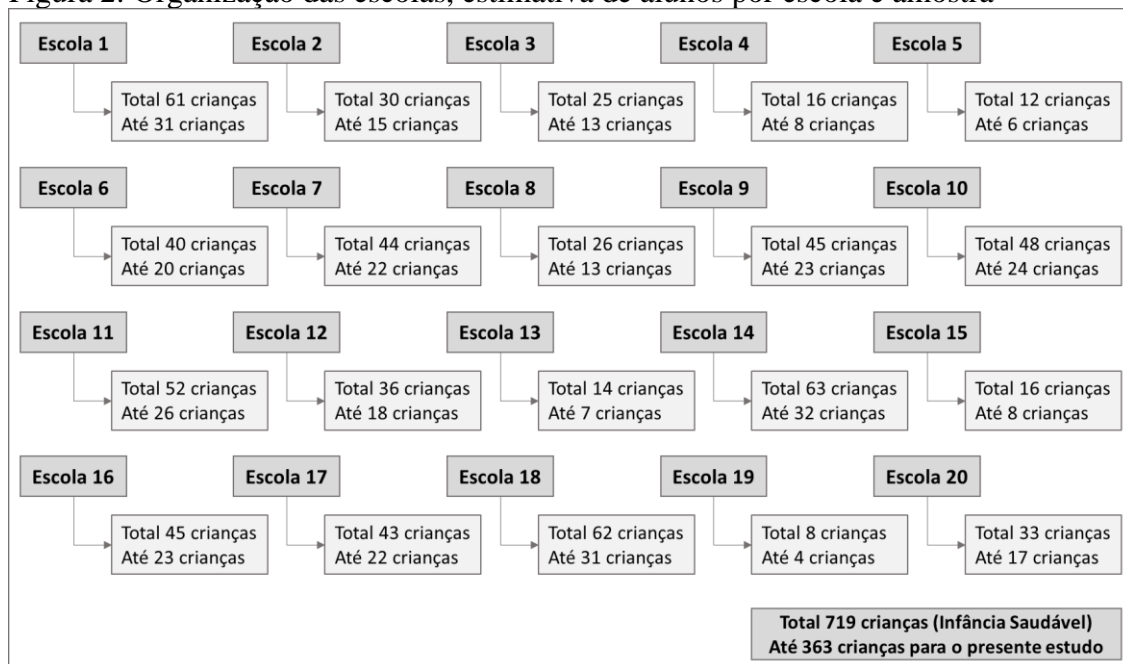


Fonte: Elaborado pelo autor

Para o artigo 1 não houve necessidade de cálculo amostral. Para o artigo 2, a fim de comparar as médias e uso do teste t, entre transtornos emocionais e de comportamento e desempenho ocupacional, com nível de significância de 95%, poder de 80, α bilateral = 0,05 e $\beta = 0,20$, serão necessários, no mínimo, 176 pares de crianças e cuidadores⁴⁶.

Entretanto, a seleção será de 50% das crianças avaliadas de cada escola da amostra do projeto “Infância Saudável”. A estimativa foi feita em virtude de possíveis perdas e recusas por parte dos cuidadores. Considerando o somatório de crianças de cada escola que preenchem os critérios de inclusão para compor a amostra do projeto “Infância Saudável” e a seleção de 50% dessa amostra, até 363 crianças poderão compor a presente amostra. A amostra de cuidadores será composta pelos respectivos cuidadores das crianças selecionadas para o estudo, totalizando até 363 pares de crianças e cuidadores. A Figura 2, a seguir, exemplifica a amostra esperada para cada escola sorteada no projeto “Infância Saudável” e 50% da amostra selecionada para este estudo (sem considerar as possíveis perdas e recusas), justificando o número de 363 pares.

Figura 2: Organização das escolas, estimativa de alunos por escola e amostra



Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.1 Critérios de inclusão

Serão incluídas crianças nascidas em 2008, matriculadas na rede municipal de ensino e frequentando as aulas.

Serão incluídos cuidadores que sejam os responsáveis pelo cuidado e gerenciamento das crianças (que passem a maior parte de tempo com a criança e acompanhem a realização das tarefas cotidianas).

6.2.2 Critérios de exclusão

Serão excluídos da amostra de crianças aquelas que apresentarem deficiência (de qualquer tipo que o impeça de responder os questionários e realizar os testes) e que tenham laudo médico indicado pela escola.

Serão excluídos da amostra de cuidadores aqueles que não tiverem condições cognitivas de responder os instrumentos.

6.3 Instrumentos

Na amostra de crianças será utilizado o seguinte instrumento:

Questionário sociodemográfico Crianças (Anexo A): O questionário sociodemográfico foi elaborado pelos responsáveis pelo estudo Infância Saudável. Trata-se de um instrumento objetivo, com perguntas fechadas, composto por variáveis de interesse para as áreas de pesquisa que são contempladas pelo projeto, por exemplo: sexo, idade, cor/raça, responsável pelo cuidado da criança, entre outros. O total de questões que compõem a parte sociodemográfica é de 10 questões. O tempo total de aplicação das questões é de cerca de cinco minutos.

Na amostra de cuidadores serão utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário sociodemográfico Pais/Cuidadores (Anexo B): O questionário sociodemográfico foi elaborado pelos responsáveis do estudo “Infância Saudável”. Trata-se de um instrumento objetivo, com perguntas fechadas, composto por variáveis de interesse para as áreas de pesquisa que são contempladas pelo projeto, por exemplo: sexo, idade, cor/raça, relação com a criança, escolaridade, trabalho, dados sobre o domicílio e uso de substâncias, entre outros. O total de questões que compõem a parte sociodemográfica é de 05 questões. O tempo total de aplicação das questões é de dez minutos.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Anexo C): O questionário de dificuldade e capacidades do comportamento social pode ser utilizados com crianças e jovens entre 4 e 16 anos. Ele é dividido em 5 sub-escalas, totalizando 25 questões:

comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento. As questões sobre o comportamento da criança nos últimos seis meses são respondidas através das opções falso, mais ou menos verdadeiro e verdadeiro. Cada questão tem uma pontuação específica e a soma de cada escala e a soma total permitem a conclusão de três categorias: desenvolvimento normal, limítrofe ou anormal. O quadro abaixo apresenta a pontuação para cada uma dessas categorias na pontuação total e nas cinco sub-escalas.

Quadro 3: Bandas provisionais do instrumento SDQ

	Normal	Limítrofe	Anormal
Pontuação total	0-13	14-16	17-40
Pontuação sintomas emocionais	0-3	4	5-10
Pontuação problemas de conduta	0-2	3	4-10
Pontuação hiperatividade	0-5	6	7-10
Pontuação problemas com colegas	0-2	3	4-10
Pontuação Comportamento pró-social	6-10	5	0-4

Disponível em: www.sdqinfo.com

Na sub-escala comportamento pró-social quanto maior a pontuação apresentada, menor o número de queixas relatadas pelos examinados. Nas demais sub-escalas, quanto maior a pontuação, maior também o número de queixas apresentadas. Para análise do questionário, existem critérios específicos disponibilizados pelos autores⁴⁷. O tempo de aplicação é de 15 minutos, em média. No Brasil, foi validado por Fleitlich, Cartazar e Goodman⁴⁸.

Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) (Anexo D): É um instrumento padronizado individualizado projetado para identificação de mudanças na auto percepção do desempenho ocupacional⁴⁹. A COPM pode ser utilizada como forma de determinar quando um indivíduo precisa do acompanhamento de um terapeuta

ocupacional, para identificar problemas na performance ocupacional e para medir resultados de uma intervenção terapêutica. Na avaliação inicial, por exemplo, é possível identificar os fatores subjacentes ao desempenho ocupacional⁵⁰. A avaliação pode ser utilizada diretamente com um indivíduo (cliente) ou pode ser aplicada para outras pessoas que convivam com o cliente (familiares e cuidadores, por exemplo)⁵¹ e também com os professores⁵². Ela abrange três áreas de desempenho ocupacional: as atividades de autocuidado, atividades produtivas e atividades de lazer. Baseada no modelo canadense de desempenho ocupacional e na prática centrada no cliente, trata-se de um protocolo de avaliação, onde o cliente (avaliado) apresenta sua visão e expectativa com relação ao seu desempenho ocupacional. Tem formato de entrevista semiestruturada e avalia, além do desempenho ocupacional em três áreas distintas, a satisfação do indivíduo na realização das atividades⁵². Na primeira parte da avaliação, o avaliado é convidado a listar dentre as áreas de desempenho ocupacional, atividades que considera problemáticas no que diz respeito a sua execução. Após, o indivíduo deve apontar o grau de importância (numa escala de 1 – menor importância – a 10 – maior importância) a cada problema/atividade apontada. Na segunda etapa da avaliação, o examinado deve selecionar até cinco problemas/atividades mais significativos, atribuindo pontos (também de 1 até 10) para seu desempenho e sua satisfação na execução dos mesmos. Para obtenção do score é necessário somar os pontos atribuídos ao desempenho e dividir o valor total pelo número de problemas/atividades citadas. O mesmo acontece com a satisfação, resultando em um score para o desempenho e outro para satisfação nos problemas/atividades elencadas. No Brasil, Magalhães, Magalhães e Cardoso foram as responsáveis pela tradução e organização do manual de aplicação do instrumento⁵³. O instrumento será aplicado por estudantes de terapia ocupacional voluntários, previamente treinados, e pela própria pesquisadora. O tempo de aplicação varia entre 15 e 30 minutos.

Os blocos de questionários (crianças e cuidadores) são compostos por todos os instrumentos de interesse do projeto “Infância Saudável”. Portanto, o tempo de aplicação total dos blocos é de cerca de 30 minutos para crianças e de cerca de uma hora para os cuidadores. O tempo estimado acima faz referência à aplicação individual dos instrumentos de interesse do presente projeto.

6.3.1 Desfecho primário

Artigo 1: estima-se que o desempenho ocupacional abaixo da média esteja associado a variáveis sociodemográficas.

Artigo 2: estima-se que crianças com desempenho ocupacional abaixo da média também apresentarão transtornos emocionais e comportamentais.

6.4 Logística

A coleta de dados referente à amostra de crianças ocorrerá durante o andamento do projeto “Infância Saudável”, conforme cronograma do mesmo. Os dados serão coletados por bolsistas do projeto.

A coleta de dados dos cuidadores se dará após aprovação do presente projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa nas residências dos participantes. Será feito contato telefônico para marcar a visita que poderá ser feita pela própria pesquisadora ou por bolsistas do projeto “Infância Saudável”. Na avaliação, serão aplicados os dois instrumentos e será coletada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que no preenchimento do instrumento SDQ, os cuidadores serão encorajados a pensar no comportamento das crianças nos últimos seis meses. Aqueles

respondentes que tiverem respondido ao instrumento há mais de seis meses, deverão responder novamente ao instrumento. Aqueles que tiverem respondido ao instrumento SDQ há menos de seis meses, responderão somente ao instrumento COPM e assinarão o TCLE.

Após o fim das coletas, os dados serão tabulados e analisados. Por fim, os artigos serão redigidos e a tese será defendida.

6.5 Análise dos dados

Os dados serão registrados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel para Windows e no programa EpiData versão 3.1. Os dados serão analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0.

As variáveis qualitativas serão descritas por frequência. As variáveis quantitativas serão descritas por média e desvio padrão. Para comparação das variáveis dicotômicas e numéricas será utilizado o Teste T. Para análise das variáveis contínuas será utilizado o coeficiente de correlação de Pearson ou de Spearman, a depender a distribuição da amostra.

Para ambas as análises, os valores de $p \leq 0,05$ serão considerados estatisticamente significativos.

6.6 Aspectos éticos

O presente projeto foi elaborado e será executado dentro das normas éticas estabelecidas pela resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisas com seres humanos.

O TCLE para pais/cuidadores é apresentado no Anexo E. O adendo a ser enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, solicitando a inclusão de objetivos e do instrumento Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, é apresentado no Anexo F.

O estudo aguardará aprovação do comitê de ética em pesquisa para início da coleta de dados.

6.6.1 Riscos

O estudo apresenta risco mínimo aos participantes. O instrumento necessita ser bem compreendido pelo avaliado, o que pode gerar incômodo e pode ser cansativo, caso a entrevista semiestruturada dure mais de 45 minutos. Entretanto, os entrevistados poderão abandonar o estudo quando acharem pertinente, se acharem muito cansativo ou inoportuno. Por se tratar de um instrumento que deverá ser respondido pelos cuidadores/responsáveis das crianças, a entrevista pode gerar algum grau de frustração com relação à identificação da percepção do desempenho das crianças.

6.6.2 Benefícios

Entre os benefícios do estudo pode-se citar o desenvolvimento da área de Terapia Ocupacional, que ainda carece de estudos, apesar do razoável número de profissionais no país. Outro fator importante é o uso do instrumento Medida Canadense de Desempenho Ocupacional com populações saudáveis. O uso do instrumento ainda precisa ser difundido com diferentes amostras. A identificação da percepção do desempenho ocupacional das crianças (atividades e dificuldades) por parte dos cuidadores/responsáveis poderá auxiliar no desenvolvimento das mesmas.

Compreendendo melhor as capacidades e dificuldades das crianças, cuidadores/responsáveis poderão elaborar estratégias colaborativas para o desenvolvimento das crianças, além de melhorar o relacionamento entre esses, diminuindo as cobranças e equilibrando as expectativas no convívio e educação das crianças.

6.7 Cronograma

O Quadro 4, a seguir, mostra o planejamento proposto para o estudo:

Quadro 4: Cronograma do estudo.

	2015					2016												2017		
	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M
Revisão bibliográfica						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração do projeto																				
Qualificação													■							
Envio ao CEP													■							
Coleta de dados Infância Saudável ¹	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Coleta de dados Desempenho Ocupacional ²														■	■	■				
Análise dos dados															■	■	■			
Análise estatística																■	■			
Redação de Artigo																	■	■		
Redação da Tese																		■	■	■
Defesa																				■

¹Faz referência ao período de coleta de dados do Projeto Infância Saudável. Neste período, os dados da amostra de crianças estarão sendo coletados.

²Faz referência ao período de coleta de dados dos cuidadores/responsáveis deste estudo. Neste período, serão aplicados o instrumento para análise do desempenho ocupacional nas residências (etapa sob responsabilidade da pesquisadora).

6.8 Orçamento

O quadro abaixo (Quadro 5) apresenta o orçamento proposto para o estudo. As despesas serão de responsabilidade da pesquisadora, que utilizará recursos próprios para financiamento. A coleta de dados referente às etapas do projeto Infância Saudável teve financiamento do CNPQ. Portanto, não gerou despesas à pesquisadora.

Quadro 5: Orçamento

Itens		Valor unitário	Valor total
Especificações	Quantidade	(R\$)	(R\$)
Material de informática (notebook e impressora)	1	2.700,00	2.700,00
Questionários (duas folhas)	176	0,30	52,80
TCLE (duas vias de duas folhas)	352	0,30	105,60
Transporte (combustível – 40 litros)*	2	152,00	304,00
		Total	3.162,40

*Valor aproximado

7 REFERÊNCIAS

1. Santos V, Fernández A. Child and adolescent mental health services in Brazil: structure, use and challenges. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2014 Out/Dez;14(4):319-29.
2. Garcia GYC, Santos DN, Machado DB. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cad. Saúde Pública* 2015 Dez;31(12):2649-54.
3. Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2007;41(2):251-9.
4. Tszesnioski LC, Nóbrega KBG, Lima MLLT, Facundes VLD. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015;20(2):363-70.
5. Florey L. Disfunção psicossocial na infância e adolescência. In: Neistadt ME, Crepeau EB [organizadores]. *Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 580-591.
6. Andraca I, Pino P, Parra A, Rivera Y Marcela F. Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos em óptimas condiciones biológicas. *Rev. Saúde Pública* 1998;32(2):138-47.
7. Jacowski A, Laureano MR, Estanislau GM, Moura LM. Desenvolvimento normal no período escolar. In: Estanislau GM, Bressan RA [organizadores]. *Saúde Mental na Escola O que os educadores devem saber*. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 81-118.
8. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev. Bras. Psiquiatria* 2008;30(4):390-8.

9. Gomes FMA, Cintra AMO, Ricas J, Dalla Vecchia M. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. *Saúde Soc. São Paulo* 2015;24(1):244-58.
10. Hagedorn R. Fundamentos para a prática em terapia ocupacional. 3ª edição. São Paulo: Roca; 2003. p. 03-09.
11. Silva DBR, Martinez CMS. Modelos de avaliação em terapia ocupacional: estudo dos hábitos funcionais e de autossuficiência em crianças. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR* 2002;10(2):97-3.
12. Gomes ML, Oliver FC. A prática da terapia ocupacional junto à população infantil: revisão bibliográfica do período de 1999 a 2009. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo* 2010;21(2):121-9.
13. World Health Organization. *The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization; 2001.
14. Souza MLP. Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica do Brasil, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016 Abr/Jun;25(2):405-10.
15. Silva RMM, Vieira CS, Toso BRGO, Neves ET, Silva-Sobrinho RA. A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores. *Saúde Debate* 2015 Jul/Set;39(106):718-29.
16. Santos VC. Utilização dos serviços hospitalares e comunitários no atendimento de saúde mental infanto-juvenil no estado de Sergipe – Brasil [tese de doutorado]. Bahia: Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2015.
17. Matos MB, Cruz ACN, Dumith SC, Dias NC, Carret RBP, Quevedo LA. Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. *Ciência e Saúde Coletiva* 2015;20(7):2157-63.

18. Vitolo YLC, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Puntel LP. Contexto familiar e problemas de saúde infantil no Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2007;41(2):251-9.
19. Saur AM, Loureiro SR. Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão de literatura. *Estudos de Psicologia* 2012;29(4):619-29.
20. Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10 [Internet]. São Paulo (BR) Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; ____ [citado em 19 de Junho de 2016]. Disponível em: www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm
21. Messina LF, Tiedemann KB. Avaliação da memória de trabalho em crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Psicologia USP* 2009 Abr/Jun;20(2):209-28.
22. World Health Organization. *Caring For Children and Adolescents with Mental Disorders. Setting WHO Directions*. Geneva: World Health Organization, 2003.
23. Mendes AV, Loureiro SR, Crippa JAS. Depressão materna e a saúde mental de escolares. *Rev. Psiq Clin* 2008;35(5):178-86.
24. Kim-Cohem J, Caspi A, Moffit TE, Harrington HL, Milne BJ, Poulton R. Prior Juvenile Diagnosis in Adult with Mental Disorder – Developmental Follow-up of a Prospective-longitudinal Cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(7):709-17.
25. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International* 2011;26(suppl 1):i29-i69.
26. Bordin IAS, De Paula CS. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 101-118.

27. Vicente B, Saldivia S, La Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infant-juvenil em Chile y brechas de atención sanitarias. Rev Med Chile 2012;(140):447-57.
28. Monteiro ARM, Teixeira LA, Silva RSM, Rabelo KPS, Tavares SFV, Távora RCO. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes – a busca pelo tratamento. Esc Anna Nery 2012 Jul-Set;16(2):523-9.
29. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
30. Beltrami MM, Boarini ML. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar em um CAPSi. Psicologia: Ciência e Profissão 2013;33(2):336-49.
31. Ramires VRR, Passarini DS, Flores GG, Santos LG. Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças [relato de pesquisa]. Arquivos Brasileiros de Psicologia 2009;61(2):1-14.
32. Correia J, Santos A, Freitas M, Ribeiro O, Rubin R. As relações entre pares de adolescentes socialmente retraídos. Análise Psicológica 2014;4(xxxii):467-79.
33. Antunes JAPJ. Crise econômica, saúde e doença. Psicologia, Saúde e Doenças 2015;16(2):267-77.
34. Leiva L, George M, Antivilo A, Squicciarini AM, Simonsohn A, Bargas B, et al. Salud mental escolar: logros de uma intervención preventiva em salud mental em niños e niñas del primer ciclo de enseñanza básica. Psicoperspectivas Individuo y Sociedad 2015;15(1):31-41.
35. Definição de Terapia Ocupacional [internet]. Brasília (BR): Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; ____ - [citado em 05 de Julho de 2016]. Disponível em: www.coffitogov.br

36. Definition of Occupational Therapy [internet]. Forrestfield (AUS): World Federation of Occupational Therapy; 2012 – [citado em 05 de julho de 2016]. Disponível em: www.wfot.org
37. Cavalcanti A, Silva e Dutra FCM, Elui VMC. Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. 3ª edição. [tradução]. Rev Ter Ocup Univ São Paulo 2015 Jan/Abr;26(ed. esp.):1-49.
38. Medeiros TML, Matos RMA, Correia NB, Lima ACD, Albuquerque RC. Desempenho ocupacional de adolescentes escolares com excesso de peso. Rev Ter Ocup Univ São Paulo 2014 Set/Dez;25(3):279-88.
39. Fisher AG, Girswold LA. Performance skills: implementing performance analyses to evaluate quality of occupational performance. In: Schell BAB, Gillen G, Scaffa ME [editoras]. Willard & Spackman's Occupational Therapy. 12ª edição. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins; 2014. p. 249-264.
40. Dickie V. O que é ocupação? In: Crepeau EB, Chon EG, Schell BAB (editoras). Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 11ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. ___-__.
41. Hwang A-W, Chao M-Y, Liu S-W. A randomized controlled trial of routiness-based early intervention for children with or at risk for developmental delay. Research in Developmental Disabilities 2013;34:3112-23.
42. Miller LT, Polatajko HJ, Missiuna C, Mandich AD, Macnab JJ. A pilot trial of a cognitive treatment for children with developmental coordination disorder. Human Movement Science 2001;20:183-210.
43. Rosenberg L, Maier A, Yochman A, Dahan I, Hirsch I. Effectiveness of a cognitive-functional group intervention among preschoolers with attention deficit hyperactivity

disorder: a pilot study. *The American Journal of Occupational Therapy* 2015 Mai/Jun;69(3):__-__.

44. Matsukura TS, Fernandes ADSA, Cid MFB. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o context familiar. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2012 Mai/Ago;23(2):122-9.

45. Bastos SCA, Mancini MC, Pyló RM. O uso da medida canadense de desempenho ocupacional (COPM) em saúde mental. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2010 Mai/Ago;21(2):104-10.

46. Brownwer WS, Newman TB, Hulley SB. Estimando o tamanho de amostra e o poder estatístico: aplicações e exemplos. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica*. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 59-88.

47. Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires (SDQ) [Internet]. ____ Download able SDQs and related items [citado em 01 de Junho de 2016]. Disponível em: www.sdqinfo.com

48. Fleitlich B, Cortazar PG, Goodman R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Revista Infante [de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência]* 2000;8:44-50.

49. Cusick A, Lannin NA, Lowe K. Adapting the Canadian Occupational Performance Measure for Use in a Pediatric Clinical Trial. *Disability and Rehabilitation* 2007;29(10):761-6.

50. Law M, Baptiste S, McColl MA, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: Na Outcome Measure for Occupational Therapy. *Can. J. Occup. Ther.* 1990;57(2):82-7.

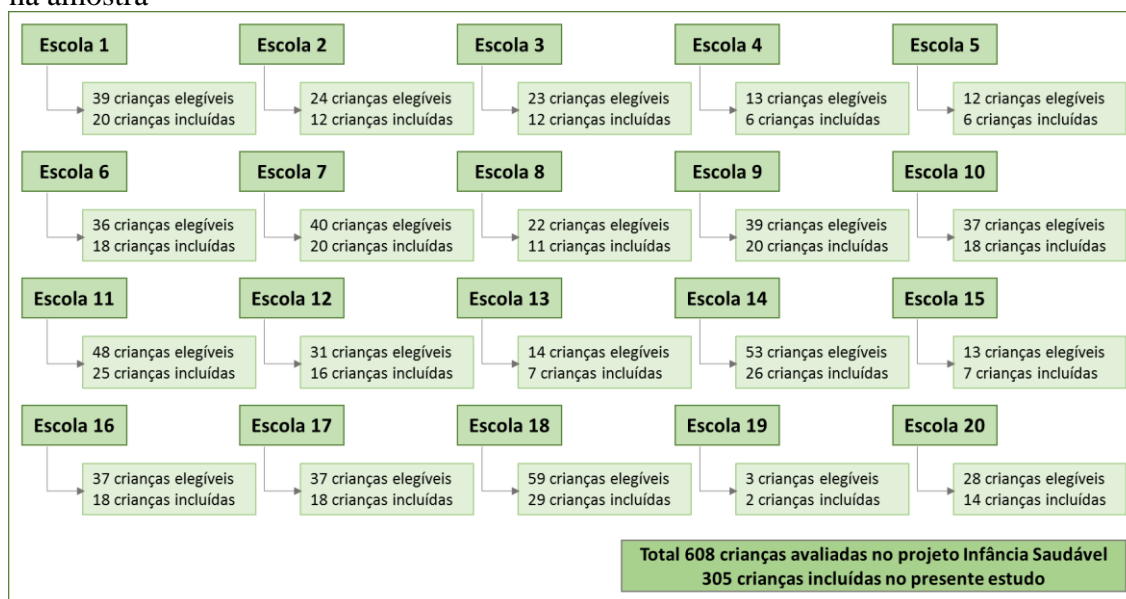
51. Pollock N, McColl MA, Carswell A. Medida de Performance Ocupacional Canadense. In: Sumsion T (editora). Prática baseada no cliente na terapia ocupacional: guia para implementação. São Paulo: Roca, 2003. p.183-204.
52. Caldas ASV, Facundes VLD, Silva HJ. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em Estudos Brasileiro: uma revisão sistemática. Rev Ter Ocup Univ São Paulo 2011 Set/Dez;22(3):238-44.
53. Magalhães LCM, Magalhães LV, Cardoso AA. Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) [tradução]. Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

RESULTADOS

As coletas de dados do projeto “Infância Saudável” realizadas nas escolas tiveram término em meados do mês de novembro de 2016. Já a coleta com os cuidadores ainda está em andamento. Das 718 crianças elegíveis, após perdas e recusas, 608 pares (crianças e cuidadores) foram incluídos na amostra do “Infância Saudável”.

Como o processo de amostragem se deu baseado na amostra de crianças avaliadas no projeto “Infância Saudável”, a amostra total do presente estudo foi calculada em 305 pares. A Figura 3 abaixo mostra o quantitativo de pares elegíveis em cada escola do projeto “Infância Saudável”.

Figura 3: Quantitativo de crianças avaliadas no projeto “Infância Saudável” e incluídos na amostra



Fonte: Elaborada pelo Autor

Destaca-se que em escolas onde o número de crianças avaliadas era ímpar, a seleção se deu de acordo com o modelo determinado na metodologia (crianças avaliadas selecionadas de forma intercalada, respeitando turno, série e turma). Dessa forma, em

alguns casos, o número selecionado foi mais do que a metade e, em outros, menos que a metade. Isso explica o total de “metade mais um” (305) de todas as crianças avaliadas no projeto “Infância Saudável”.

Tendo em vista a necessidade de defender a tese no mês de janeiro de 2017, as coletas de dados nos domicílios dos cuidadores tiveram de ser interrompidas totalizando uma amostra inferior do que o previsto. Dessa forma, serão apresentados resultados parciais nos artigos a seguir.

O artigo 1 será enviado para a Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional (Interinstitutional Brazilian Journal of Occupational Therapy). O artigo 2 será submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Dessa maneira, os artigos a seguir são apresentados de acordo com as diretrizes e normas para autores de cada uma dessas publicações.

ARTIGO 1**PERCEPÇÃO DE CUIDADORES SOBRE O DESEMPENHO
OCUPACIONAL DE CRIANÇAS ESCOLARES DE OITO ANOS E
SEUS FATORES ASSOCIADOS²**

Percepción de cuidadores sobre el desempeño ocupacional de niños escolares de ocho años y sus factores asociados

Perception of the caregivers about the occupational performance of eight years old schoolchildren and their associated factors

Camilla Oleiro da Costa³ (Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil, camillaoleiro@hotmail.com); Jeronimo Costa Branco (Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, Brasil, jeronimobranco@hotmail.com); Ricardo Azevedo da Silva (Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Brasil, ricardo.as@uol.com.br).

Agradecimentos: Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

Contribuição dos autores: Camilla Oleiro da Costa responsável pela concepção do texto, organização dos dados, redação do texto e revisão; Jerônimo Costa Branco, coorientador do estudo, responsável pela concepção do texto e análise dos dados; Ricardo Azevedo da Silva, orientador do estudo, responsável pela concepção do texto e análise dos dados.

² O material é parte dos resultados de Tese de Doutorado apresentada no Programa Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas. O estudo foi financiado em parte por FAPERGS. O conteúdo não foi apresentado em eventos científicos.

³ Endereço para correspondência: Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Medicina – Curso de Terapia Ocupacional – Avenida Duque de Caxias, número 250, CEP 96030-000, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, telefone: (53) 39211252 – (53) 981100437.

Resumo:

Introdução: Desempenho ocupacional (DO) é a habilidade que os indivíduos têm de realizar atividades rotineiras e de desempenhar papéis e tarefas. Na infância, as crianças estão adquirindo habilidades para a realização de suas ocupações. Fatores clínicos, atrasos no desenvolvimento e o próprio ambiente são alguns dos fatores que interferem no DO, além da percepção dos cuidadores dessas crianças. **Objetivo:** Verificar os fatores associados ao baixo DO de crianças escolares de oito anos numa amostra na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Método:** Estudo transversal com 88 pares de crianças escolares de oito anos e seus cuidadores principais. Foram utilizados dois questionários sociodemográficos e a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional. Os dados quantitativos foram analisados por média, desvio padrão e frequência absoluta e relativa. A associação das variáveis foi verificada pelo Qui-quadrado de Pearson e valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. **Resultados:** A média de DO foi de 6,03 ($\pm 2,21$) e a de satisfação de 5,99 ($\pm 2,89$). Cerca de 60,2% das crianças apresentaram baixas médias de desempenho e satisfação. Morar com a mãe ($p = 0,041$) foi associado ao baixo DO, havendo também tendência de associação para a satisfação com o desempenho ocupacional. **Conclusões:** As médias de desempenho e satisfação encontradas foram consideradas baixas por tratarem-se de crianças saudáveis. Atividades problemáticas foram percebidas pelos cuidadores em todos os domínios avaliados. A percepção da mãe com relação ao desempenho da criança pode estar associada a expectativa e exigências exacerbadas e ao desconhecimento das capacidades dos filhos.

Palavras-chave: Desempenho Ocupacional; Terapia Ocupacional; Medida Canadense de Desempenho Ocupacional; COPM

Resumen:

Introducción: Desempeño ocupacional (DO) es la habilidad que los individuos tienen de realizar actividades rutinarias y de desempeñar papeles y tareas. En la infancia, los niños están adquiriendo habilidades para la realización de sus ocupaciones. Los factores clínicos, los retrasos en el desarrollo y el propio ambiente son algunos de los factores que interfieren en el DO, además de la percepción de los cuidadores de estos niños. **Objetivo:** Verificar los factores asociados al bajo DO de niños escolares de ocho años en una muestra en la ciudad de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Método:** Estudio transversal con 88 pares de niños escolares de ocho años y sus cuidadores principales. Se

utilizaron dos cuestionarios sociodemográficos y la Medida Canadiense de Desempeño Ocupacional. Los datos cuantitativos se analizaron por media, desviación estándar y frecuencia absoluta y relativa. La asociación de variables fue verificada por el Chi-cuadrado de Pearson y los valores de $p \leq 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. **Resultados:** La media de DO fue de 6,03 ($\pm 2,21$) y la de satisfacción de 5,99 ($\pm 2,89$). Cerca de 60,2% de los niños presentaron bajas medias de rendimiento y satisfacción. Vivir con la madre ($p = 0,041$) se asoció al bajo DO, habiendo también tendencia para la satisfacción con el desempeño ocupacional. **Conclusiones:** Las medias de desempeño y satisfacción encontradas fueron consideradas bajas por tratarse de niños sanos. Las actividades problemáticas fueron percibidas por los cuidadores en todos los ámbitos evaluados. La percepción de la madre con respecto al desempeño del niño puede estar asociada a expectativa y exigencias exacerbadas y al desconocimiento de las capacidades del hijo.

Palabras clave: Desempeño Ocupacional; Terapia Ocupacional; Medida Canadiense de Desempeño Ocupacional; COPM

Abstract:

Purpose: Occupational Performance (OP) is the ability of individuals to perform routine activities and play roles and tasks. At childhood, the children are acquiring skills to perform their occupations. Clinical factors, development delays and even the environment are some factors that interfere in the OP, besides the perception of the caregivers of these children. **Objective:** To verify the factors associated with OP below the average of eight years old schoolchildren in a sample in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul. **Method:** Cross-sectional study with 88 pairs of schoolchildren of eight years old and their main caregivers. Two sociodemographic questionnaires and the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) were used. The quantitative data were analyzed by average, standard deviation and absolute and relative frequency. The association of variables was verified by Chi-square of Pearson and values of $p < 0.05$ were considered statistically significant. **Results:** The average OP was 6.03 (± 2.21) and the satisfaction score was 5.99 (± 2.89). About 60.2% of the children presented low averages of performance and satisfaction. Live with the mother ($p = 0.041$) was associated with low OP, there is also a tendency of association for the satisfaction with occupational performance. **Conclusions:** The averages of performance and satisfaction found were considered low because they were healthy children. Problematic activities were perceived

by caregivers in all domains evaluated. The perception of the mother with relation to child's performance may be associated to the expectation and the exacerbated requirements and the unfamiliarity of the sons capabilities.

Keywords: Occupational Therapy; Occupational Therapy; Canadian Occupational Performance Measure; COPM

1. Introdução:

O principal objetivo do terapeuta ocupacional é capacitar o indivíduo a ser participativo nas atividades de vida diária¹. Para isso, o profissional faz uso terapêutico das ocupações humanas com o intuito de melhorar ou possibilitar a participação dos indivíduos, da idade que for, em papéis, hábitos e rotinas em diferentes contextos e ambientes (casa, escola, trabalho, comunidade, entre outros) onde está inserido.

Atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social são termos usados para designar as ocupações humanas². No que diz respeito às crianças, as mesmas têm um repertório menor de ocupações quando comparadas aos adultos. Comumente elas se envolvem com o brincar, a recreação e o lazer, o descanso e o sono, as atividades escolares, a participação social e as atividades básicas de vida diária³. Ao longo de seu desenvolvimento sadio passam a executar tarefas mais complexas até atingirem o repertório total de atividades, dentro de suas possibilidades. Nesse sentido, a terapia ocupacional pode estimular e integrar áreas de desenvolvimento cognitivo, perceptual, motor, social e emocional⁴, contribuindo para o desenvolvimento, autonomia e participação social de crianças e adolescentes⁵. A atenção à criança deve ser integral e a atuação do terapeuta ocupacional pode acontecer desde a promoção até a reabilitação.

Por perceber o indivíduo como um todo, o terapeuta ocupacional preocupa-se com o modo como as ocupações são executadas (habilidades e padrões de desempenho), com as possibilidades para essa realização (fatores do cliente) e onde elas são desenvolvidas – contextos e ambientes. O envolvimento e a participação dos indivíduos ocorrem em contextos e ambientes (cultural, pessoal, físico, social, temporal e virtual) que influenciam na qualidade e satisfação do desempenho². Segundo Nelson (1988, p. 633) citado por Dickie, o desempenho ocupacional pode ser compreendido como “ações humanas empreendidas em resposta a uma forma ocupacional”⁶. Ou seja, é a habilidade que os indivíduos têm de realizar atividades rotineiras e de desempenhar papéis e tarefas⁷.

No período da infância, as crianças estão adquirindo habilidades para a realização de atividades de autocuidado, em processo de formação e aprendizado escolar e se desenvolvendo através do brincar e do lazer. Fatores clínicos como doenças neurológicas⁸ ou atrasos no desenvolvimento⁹ são aspectos que interferem no desempenho ocupacional dos indivíduos. Além disso, os ambientes em que a criança está inserida podem auxiliar ou prejudicar seu desenvolvimento e a realização de suas ocupações. Muitas vezes a disfunção para realização de atividades está associada à incapacidade do indivíduo se adaptar àquelas circunstâncias que sobrecarregam a capacidade de resposta dele. A criança pode perder habilidades ou não as ter aprendido, o ambiente físico pode ser mal construído ou não adaptado, o ambiente social pode ser estressante ou não proporcionar a proteção necessária ou, ainda, a tarefa requerida pode ser de difícil realização¹⁰.

A percepção dos cuidadores a respeito do desempenho ocupacional de crianças pode influenciar positiva ou negativamente o comportamento dessas. Em famílias que mantêm uma rotina de horários para a realização das tarefas escolares, os problemas de saúde mental infantil tendem a ser menores¹¹. E no caso da terapia ocupacional, as necessidades da criança podem ser o gatilho para uma intervenção; mas a terapêutica deve levar em consideração as preocupações e prioridades dos cuidadores². Mesmo tendo desenvolvimento típico, a criança pode apresentar dificuldade de realizar determinadas tarefas, seja por dificuldades próprias, seja pela percepção inadequada dos pais e cuidadores. Se faz, então, necessário o conhecimento mais aprofundado acerca dos fatores associados ao desempenho ocupacional no contexto infantil, a fim de melhorar sua compreensão, a própria intervenção do terapeuta ocupacional (nas esferas primária, secundária e terciária em saúde) e, conseqüentemente, o crescimento da área e valorização da profissão.

Dessa forma, esse estudo pretendeu verificar os fatores associados ao baixo desempenho ocupacional de crianças escolares de oito anos numa amostra na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.

2. Método:

Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa “Infância saudável em contexto: uma investigação multidisciplinar”, iniciado em 2013, na Universidade Católica de Pelotas (UCPel) no Programa de Mestrado e Doutorado em Saúde e Comportamento. Foram utilizados dados do referido estudo e coletados novos dados. A seleção da amostra, feita no estudo “Infância Saudável”, aconteceu com o sorteio

aleatório de 20 escolas municipais da cidade de Pelotas, RS. Foram incluídas crianças com oito anos (na ocasião da coleta) e seus respectivos cuidadores. O projeto “Infância Saudável” foi aprovado em 25 de setembro de 2014, pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas, sob o número de CAEE 27696014.3.0000.5339 e parecer 843.526.

Esclarece-se que durante a coleta de dados do estudo “Infância Saudável”, os cuidadores assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) próprio que autorizava a participação das crianças. As crianças eram, então, convidadas a participar da coleta de dados e caso não aceitassem eram consideradas perda de amostra. Não se viu necessidade, de acordo com a metodologia do estudo, do uso de um termo de assentimento. Com relação ao presente estudo, em função da inclusão de um instrumento de pesquisa, o mesmo foi submetido como adendo ao Comitê de Ética, sendo também aprovado. Fez-se necessário que apenas os cuidadores assinassem novo TCLE.

Para este estudo transversal foi feita uma subamostra aleatória simples das crianças avaliadas no projeto “Infância Saudável”, sendo que metade das crianças avaliadas em cada escola do projeto e seus respectivos cuidadores foram incluídos nessa subamostra. A lista das escolas sorteadas foi organizada em ordem alfabética. Em cada escola, as turmas foram organizadas por turno (manhã e tarde, nessa ordem), seguido pela menor série até a maior série. Quando havia mais de uma turma por série, as turmas foram organizadas de forma alfabética de acordo com a letra correspondente (A, B, C até a última letra/turma). Os alunos também estavam organizados em ordem alfabética. Das crianças avaliadas no “Infância Saudável”, a primeira criança foi selecionada para essa amostra, a segunda foi excluída, a terceira selecionada e assim sucessivamente até o final das crianças avaliadas. Finalizadas as escolas e crianças, 305 pares (crianças e cuidadores) foram incluídos para compor a subamostra. A estimativa de 50% foi feita considerando possíveis perdas e recusas por parte dos cuidadores. O presente estudo apresenta resultados parciais da amostra supracitada.

Ambos os estudos em questão foram executados dentro das normas éticas estabelecidas pela resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisas com seres humanos.

2.1 Instrumentos:

Foram utilizados três instrumentos. Dois deles relativos aos dados sociodemográficos das crianças e dos cuidadores. Esses instrumentos eram objetivos,

com perguntas fechadas e compostos por variáveis de interesse para o estudo (sexo das crianças e cuidadores, cor da pele das crianças e cuidadores, morar com os pais, sentir falta dos pais, cuidador principal, animal de estimação e brincadeiras/cuidados com os mesmos, pessoas que viviam com a criança, problemas de saúde da criança, grau de parentesco do cuidador com a criança, idade do cuidador, escolaridade, situação conjugal, trabalho recebimento de benefício, índice econômico nacional da família da criança e uso de substâncias por parte do cuidador).

O terceiro instrumento utilizado foi a *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)* a fim de identificar problemas na performance ocupacional das crianças através da percepção dos cuidadores. A avaliação pode ser utilizada diretamente com um indivíduo (cliente) ou pode ser aplicada para outras pessoas que convivam com a criança (familiares e cuidadores, por exemplo)¹². Ela abrange três áreas do desempenho ocupacional: atividades de autocuidado, atividades produtivas e atividades de lazer. Tem formato de entrevista semiestruturada e avalia, além do desempenho ocupacional, a satisfação do indivíduo na realização das atividades¹³. É possível ainda descrever as atividades citadas em cada área de desempenho, o grau de importância que as atividades citadas (problemáticas) tem para o respondente e as médias de desempenho ocupacional e satisfação com o desempenho em até cinco tarefas citadas como problemáticas. O instrumento não possui ponto de corte e quanto maior a média de desempenho e satisfação, melhor o desempenho e maior a satisfação com o desempenho. Para esse estudo foi calculada a média de desempenho e satisfação de todos os participantes. Essas médias (resultados da amostra) foram consideradas como parâmetros para a identificação daqueles que tinham baixa média de desempenho/satisfação (resultado abaixo da média) ou alta média de desempenho/satisfação (resultado acima da média).

2.2 Procedimentos e logística:

A avaliação das crianças ocorreu nas escolas após a autorização dos pais durante o segundo semestre de 2015 e o ano de 2016. Já os cuidadores foram entrevistados em suas residências, mediante marcação prévia por telefone. Os dados sociodemográficos foram coletados no mesmo período da coleta das crianças, na ocasião do estudo “Infância Saudável”. Os dados sobre o desempenho ocupacional foram coletados no final do ano de 2016 e até meados de 2017.

No início das entrevistas dos cuidadores era explicado o conceito de desempenho ocupacional e do que se tratava o instrumento COPM. Depois, os entrevistados foram

encorajados a pensar na rotina diária de atividades das crianças que estavam sob seus cuidados. Exemplos de atividades próprias da faixa etária da criança foram fornecidos e os cuidadores relataram quais atividades eram realizadas de forma ‘problemática’ pela criança. Por ‘problemática’ entendeu-se aquelas atividades que a criança não fazia por vontade própria (necessitando de estímulo contínuo e repetido), não fazia de acordo com o que o cuidador entendia como maneira correta e/ou satisfatória ou não fazia por dificuldades físicas, cognitivas e/ou psíquicas.

2.3 Análise dos dados:

Os dados foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0. As variáveis quantitativas foram descritas por média, desvio padrão e frequência absoluta e relativa. Para associação das variáveis contínuas foi utilizado o Qui-quadrado de Pearson e os valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

3. Resultados:

A amostra foi composta por 88 pares de crianças escolares de oito anos de idade e seus respectivos cuidadores. Foram registradas seis perdas decorrentes de mudança de endereço ou de telefone (cuidadores não localizados).

A maioria das crianças da amostra foi do sexo masculino (64,8%). Também a maioria das crianças morava com pelo menos um dos pais biológicos, e daqueles que não moravam com um dos pais, 18,2% sentia falta do pai. A mãe figurou como cuidador principal em 67% dos casos e os avós em 14,8%. A média de pessoas que moravam com a criança na mesma casa foi de 4,28 ($\pm 9,14$). Os resultados do perfil da amostra de crianças encontram-se detalhados na **Tabela 1**.

Tabela 1: Perfil da amostra de crianças analisadas no estudo

	n = 95	%
Sexo		
Feminino	31	35,2
Masculino	57	64,8
Cor da pele[#]		
Branco	56	63,6
Não branco	30	34
Mora com os pais		
Com a mãe	78	88,6
Mora com o pai	63	71,6
Sente falta dos pais		
Mãe	6	6,8

Pai [#]	16	18,2
Cuidador principal		
Mãe	59	67
Pai	8	9,1
Irmãos	4	4,5
Avós	13	14,8
Outros	4	4,5
Animal de estimação		
Sim	72	81,8
Não	16	18,2
Brinca com o animal de estimação	61	69,3
Não brinca com o animal de estimação	11	12,5
Pessoas que vivem com a criança[#]		
Até 3 pessoas	55	63,2
Mais de 3 pessoas	32	36,8
Problemas de saúde		
Sim	24	27,3
Não	64	72,7

[#]Presença de missing

A maioria dos cuidadores era do sexo feminino (90,6%). Os pais biológicos constituíram 89,8% da amostra. A média de idade dos cuidadores foi de 36,63 (\pm 11,47) e a média de anos de estudo dos mesmos foi de 9,17 (\pm 3,87). A maioria dos cuidadores vivia com um companheiro (76,1%), sendo que 58% vivia com o pai/mãe biológico da criança. A média de horas por dia que o cuidador passava com a criança foi de 9,82 (\pm 10,47) e a média de horas por dia que passava dando atenção dirigida à criança foi de 5,26 (\pm 10,65). A maioria (60,2%) dos cuidadores trabalhava, sendo a média de horas trabalhada por dia de 7,55 (\pm 2,70) e a média de dias trabalhado por semana de 5,32 (\pm 1,17). Cerca de um quarto da amostra de cuidadores relatou beber e/ou fumar e a média de cigarros fumados por dia foi de 14,9 (\pm 6,71). O perfil dos cuidadores foi detalhado na **Tabela 2**.

Tabela 2: Perfil da amostra de cuidadores analisadas no estudo

	n = 95	%
Sexo		
Feminino	80	90,9
Masculino	8	9,1
Grau de parentesco do cuidador		
Pai/Mãe biológico	79	89,8
Pai/Mãe social	1	1,1
Avós	7	8
Outros	1	1,1
Idade		

18 a 30 anos	30	34,1
31 a 37 anos	28	31,8
38 a 65 anos	30	34,1
Cor da pele[#]		
Branco	64	72,7
Não branco	23	26,1
Anos de estudo		
Até 8 anos	40	45,5
Mais de 8 anos	48	54,5
Situação conjugal		
Vive com companheiro	67	76,1
Vive sem companheiro	21	23,9
Vive com o pai/mãe da criança [#]	51	58
Vive sem o pai/mãe da criança	31	35,2
Trabalho		
Sim	53	60,2
Não	34	38,6
Nunca trabalhou	1	1,1
Recebimento de benefício de algum integrante da família		
Sim	29	33
Não	59	67
IEN*		
Baixo	29	33,4
Médio	29	33,4
Alto	30	33,2
Uso de substâncias		
Fuma	21	23,9
Não fuma	67	76,1
Bebe [#]	22	25
Não bebe	65	73,9

[#]Presença de missing

*Índice Econômico Nacional

Com relação à percepção do cuidador em relação ao desempenho ocupacional das crianças e satisfação com o desempenho ocupacional, os resultados mostraram média de desempenho de 6,03 ($\pm 2,21$) e média de satisfação de 5,99 ($\pm 2,89$). A maioria das crianças (60,2%) apresentou baixa média de desempenho, enquanto que 43,2% apresentou baixa média de satisfação. As médias de importância relatadas com relação às atividades problemáticas e áreas avaliadas pelo instrumento COPM foram de 8,91 ($\pm 2,13$) para autocuidado, 9,09 ($\pm 1,45$) para produtividade/atividades relacionadas a escola e 8,45 ($\pm 1,97$) para lazer.

O domínio do autocuidado teve atividades citadas nas três áreas propostas pelo instrumento. Em *cuidado pessoal* as atividades de escovar os dentes (n = 28), lavar-se (n

= 16) e cuidar das unhas (n = 16) foram as atividades mais referidas pelos cuidadores. Em *mobilidade funcional*, a atividade de deitar/sair/virar-se na cama foi a mais citada (n = 17). Entretanto, os cuidadores referiram que as crianças se mexiam muito na cama durante o sono – o que pode ter gerado um resultado equivocado. Em *funcionamento na comunidade*, ir até a escola sozinho foi a atividade mais referida (n = 8).

O domínio da produtividade/atividades escolares teve como atividades mais citadas as seguintes: lembrar tarefas (n = 30), esperar a sua vez (n = 26), fazer o dever de casa (n = 27) e lidar com problemas (n = 19).

Com relação ao domínio do lazer, a área de *recreação tranquila* teve a atividade de leitura como a mais citada (n = 29); a área de *recreação ativa* teve a atividade de cuidar de animais de estimação a mais referida (n = 6); e a área de *socialização* teve a atividade de escrever bilhetes a mais citada (n = 5). A porcentagem das atividades mais citadas como problemáticas consta na **Tabela 3**.

Tabela 3: Atividades mais problemáticas relacionadas ao desempenho ocupacional nas áreas de autocuidado, produtividade e lazer

Área do desempenho ocupacional	Problemas no desempenho ocupacional	n	%
Autocuidado			
Cuidado pessoal	Escovar os dentes	28	31,8
	Lavar-se	16	18,2
	Cuidar das unhas	16	18,2
Mobilidade funcional	Deitar/sair/virar-se na cama	17	19,3
Funcionamento na comunidade	Ir à escola sozinho	8	9,09
Produtividade			
	Lembrar tarefas	30	34,1
	Esperar sua vez	26	29,5
	Fazer o dever de casa	27	30,7
	Lidar com problemas	19	21,6
Lazer			
Recreação tranquila	Leitura	29	33
Recreação ativa	Cuidar de animais	6	6,8
Socialização	Escrever bilhetes	5	5,7

A **Tabela 4** mostra os resultados dos fatores associados ao baixo desempenho ocupacional nas crianças estudadas. Apenas morar com a mãe apresentou associação estatística, onde 83% das crianças que moravam com a mãe tinha baixo desempenho ocupacional ($p = 0,041$).

Tabela 4: Fatores associados ao baixo desempenho ocupacional das crianças estudadas

	n	%	P
Idade do cuidador			p = 0,571
Cuidador até 35 anos	32	60,4	
Cuidador acima de 35 anos	21	39,6	
Situação conjugal do cuidador			p = 0,490
Vive com companheiro	39	73,6	
Vive sem companheiro	14	26,4	
Trabalho do cuidador			p = 0,183
Sim	25	47,2	
Não	28	52,8	
Anos de estudo do cuidador			p = 0,203
Até 8 anos	27	50,9	
Acima de 8 anos	26	49,1	
Recebimento de benefício de algum integrante da família			p = 0,102
Sim	21	39,6	
Não	32	60,4	
Sexo da criança			p = 0,881
Feminino	19	35,8	
Masculino	34	64,2	
Mora com a mãe			p = 0,041
Sim	44	83	
Não	9	17	
Mora com o pai			p = 0,155
Sim	35	66	
Não	18	34	
Total	53	100	

A média de satisfação com o desempenho ocupacional das crianças não esteve relacionada a nenhuma das variáveis estudadas. Mas houve tendência à associação também com relação a morar com a mãe, onde 81,6% das crianças que moravam com a mãe apresentaram baixa satisfação com o desempenho ocupacional ($p = 0,069$).

4. Discussão:

O ato de cuidar pressupõe responsabilização e envolvimento com o outro. O cuidador deve proporcionar à criança oportunidades para que ela se desenvolva¹⁴. Cuidar de uma criança demanda energia, atenção e afeto. O cuidador deve ter disponibilidade e capacidades emocionais de transmitir carinho e educação à criança¹⁵. Assim, o cuidado depende de habilidades pessoais e capacidades relativas à escolaridade, saúde física e mental, autonomia e confiança¹⁶.

A constituição familiar vem mudando ao longo tempo e os arranjos tradicionais vêm dando lugar a famílias menores, monoparentais, homoparentais e famílias reconstituídas^{17, 18, 19}. A maioria das famílias desse estudo teve um arranjo nuclear composto pelos pais (biológicos ou não) e filhos. Os dados ilustram essas mudanças que podem ser resultado da queda da taxa de fecundidade¹⁸, dentre outras, e podem acabar alterando a dinâmica familiar.

Além da mudança na constituição familiar e no número de integrantes, os papéis familiares também vêm mudando. Entretanto, as mães continuam desempenhando o principal papel de cuidadora, conforme encontrado nesse estudo. À mulher ainda cabe o papel de promoção de cuidados e de manutenção do ambiente doméstico, e ao homem cabe o sustento e proteção familiar^{20, 21}. Com relação à figura do homem, o formato da relação entre pai e filho também vem acompanhando essas mudanças. A relação marcada pela autoridade do pai, deu lugar ao contato mais próximo, permeado de afeto e com participação ativa no crescimento e educação dos filhos¹⁸. De toda forma, esse estudo encontrou que 18,2% das crianças sentia falta dos pais. Isso pode demonstrar que o pai, quando separado da mãe da criança, não se faz tão presente ou não mantém o relacionamento desejado pelo filho.

A criança é um reflexo da família²², daí a importância de se investigar quais fatores dessa dinâmica podem influenciar no desenvolvimento infantil. A renda, a jornada dupla de trabalho da mãe (que trabalha fora e ainda é a principal cuidadora da criança), separações e até o nível de escolaridade podem alterar a percepção dos cuidadores sobre o desenvolvimento e desempenho das crianças. Entretanto, é preciso lembrar que cada família tem seu próprio modo de perceber as limitações, doenças e modos de cuidar²³.

Não foram encontrados estudos que avaliassem o desempenho ocupacional de crianças sem problemas de saúde. Além disso, o instrumento aqui utilizado foi elaborado a partir da abordagem de terapia ocupacional centrada no cliente²⁴ e não tem ponto de corte. Todavia, as médias de desempenho e satisfação apresentadas por esse estudo podem ser consideradas baixas, principalmente quando levado em consideração o fato das crianças da amostra não apresentarem problemas de saúde ou indicativo de atraso de desenvolvimento. A título de comparação, um estudo com crianças com anemia falciforme encontrou média de desempenho 6 e média de satisfação 4²⁵.

A área do lazer foi a com menos atividades citadas como problemáticas pelos cuidadores desse estudo. Segundo Queiroz e Souza (2009) citados por Carleto *et al.*²⁶, a vulnerabilidade e os contextos social e cultural influenciam as atividades de lazer. Além

disso, pode alterar a forma como o cuidador consegue perceber a criança e seus potenciais. Novamente cabe ressaltar a importância da rede familiar no cuidado infantil, já que os cuidadores podem contagiar os indivíduos com suas angústias e sofrimentos²⁷. Givigi *et al.*²⁸ complementam que se um membro da família sofre por algum motivo, todo o sistema familiar é influenciado por isso e sofre alguma transformação. Assim, os cuidadores podem ter dificuldades (por causa da vulnerabilidade social) de entender o que é lazer e sua importância, contagiando a criança nesse sentido.

Morar com a mãe também foi associado ao baixo desempenho ocupacional e isso pode estar relacionado ao fato da mãe ter grandes expectativas com relação ao desenvolvimento do filho e a execução de tarefas que lhe são impostas. Henriques *et al.*²⁹ colocam que as mães acreditam ter todo saber sobre o filho e, com isso, acabam não reconhecendo nenhum saber nele. Nesse caso, a mãe acredita que sabe mais e melhor sobre o filho do que ele mesmo – ou até mais do que qualquer outra pessoa – e pode sobrecarregá-lo com suas imposições e desejos. Mas a percepção da mãe é suscetível a enganos³⁰. Às vezes a criança tem plena capacidade para realizar a tarefa, mas não a faz conforme o desejo/necessidade do cuidador. Muitas das atividades citadas como problemáticas no presente estudo foram dadas como difíceis pelo simples fato da criança precisar receber várias vezes ordem para executá-la. Isso pode ter ligação à sobrecarga da mãe com relação ao cuidado do filho, tarefas domésticas e gerenciamento da família.

A baixa satisfação com o desempenho ocupacional também pode estar associada à dicotomia da criança real e da criança imaginária³⁰. Apesar da criança ter bom estado de saúde e desenvolvimento adequado à faixa etária, a mãe pode esperar mais do que a criança é capaz ou consegue fazer. As expectativas dos cuidadores podem estar acima das capacidades das crianças. Entretanto, cada criança é singular, tem sua história e seu contexto histórico e sociocultural específico²² e suas capacidades e empenho na realização das tarefas deve ser respeitada.

Apesar das limitações do estudo, foi possível verificar que crianças saudáveis podem ter alteração no desempenho ocupacional. Isso sustenta a necessidade de novos estudos e trabalhos com populações saudáveis, percepção sobre o desempenho ocupacional e dificuldades na realização das atividades rotineiras.

5. Conclusões:

Apesar de não se ter encontrado estudos sobre o desempenho ocupacional de populações saudáveis, pode-se dizer que as médias de desempenho e satisfação foram baixas. Principalmente por se tratar de crianças saudáveis e sem indícios de atraso no desenvolvimento ou outros problemas de saúde. Tendo em vista que fatores clínicos e atrasos no desenvolvimento são alguns dos fatores que podem alterar o desempenho ocupacional, o esperado para crianças saudáveis era de que as médias apontadas pelo instrumento fossem maiores.

As atividades consideradas mais problemáticas na visão dos cuidadores foram percebidas em todos os domínios e áreas avaliadas pelo instrumento COPM. Entretanto, as ocupações relacionadas ao autocuidado foram as mais citadas, possivelmente pela facilidade de entendimento sobre o que e quais são essas ocupações. Além disso, as atividades de autocuidado são, geralmente, aquelas que os pais mais facilmente associam às etapas de desenvolvimento dos filhos. As ocupações relacionadas à escola também foram identificadas como problemáticas por um número significativo de cuidadores. Curiosamente, essas não estavam relacionadas ao desempenho escolar das crianças e sim, às tarefas que auxiliam o desenvolvimento e interação da criança no ambiente escolar. Já as ocupações referentes ao lazer foram pouco citadas pelos cuidadores, sendo a leitura a mais referida. Nesse caso, possivelmente, os cuidadores não consideraram a leitura especificamente como lazer, mas como uma necessidade relacionada à escola e desempenho acadêmico. Isso pode significar que os indivíduos não conseguem identificar o que é lazer e a importância desse para o desenvolvimento das crianças, qualidade de vida e bem-estar.

Morar com a mãe esteve associado ao baixo desempenho ocupacional e houve uma tendência à associação com relação à satisfação com o desempenho ocupacional das crianças. Como dito, as mães tendem a acreditar que conhecem seus filhos melhor que qualquer outra pessoa. E isso pode acabar gerando grande expectativa com relação à criança. Muitas vezes a criança tem condições de realizar as tarefas, mas pode requerer mais apoio e estímulo – e isso é entendido pelas mães como dificuldade. Além disso, a falta de informação sobre desenvolvimento infantil e até mesmo o conhecimento sobre as capacidades, dificuldades e potencialidades dos próprios filhos/netos/irmãos pode prejudicar a percepção e satisfação com relação ao desempenho de suas tarefas.

Referências:

1. World Federation of Occupational Therapy. **Definition of Occupational Therapy**. Forreestfield, Austrália, 2012. Disponível em: www.wfot.org Acesso em em 05 de julho de 2016.
2. Cavalcanti A, Silva e Dutra FCM, Elui VMC. **Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo**. 3ª edição. [tradução]. Rev Ter Ocup Univ São Paulo 2015 Jan/Abr;26(ed. esp.):1-49.
3. Ballesteros MPB, Ucedo LM-S, Redondo LG. **Terapia Ocupacional pediátrica: algo más que um juego**. TOG (A Coruña) [revista digital] 2015;7:100-14.
4. Silva DBR, Martinez CMS. **Modelos de avaliação em terapia ocupacional: estudo dos hábitos funcionais e de autossuficiência em crianças**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR 2002;10(2):97-3.
5. Gomes ML, Oliver FC. **A prática da terapia ocupacional junto à população infantil: revisão bibliográfica do período de 1999 a 2009**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo 2010;21(2):121-9.
6. Dickie V. **O que é ocupação?** In: Crepeau EB, Chon EG, Schell BAB (editoras). Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 11ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. __-__.
7. Medeiros TML, Matos RMA, Correia NB, Lima ACD, Albuquerque RC. **Desempenho ocupacional de adolescentes escolares com excesso de peso**. Rev Ter Ocup Univ São Paulo 2014 Set/Dez;25(3):279-88.
8. Mildner AR, Ponte AS, Delboni MCC, Pommerehn J, Estivalet KM, Duarte BSL. **Desempenho ocupacional de pessoas hemiplégicas pós-AVC a partir do uso de tecnologias assistivas**. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. 2017;(supl) 1(4):447-56.
9. Fernandes PIC, Santana MRR, Pestana SCC. **Estudo comparativo do desempenho ocupacional entre crianças com atraso de desenvolvimento entre 3 e 5 anos de idade**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar 2016 Jan/Fev;24(3):447-56.
10. Hagedorn R. **Fundamentos para a prática em terapia ocupacional**. 3ª edição. São Paulo: Roca; 2003. p. 03-09.
11. Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. **Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família**. Rev. Saúde Pública 2007;41(2):251-9.

12. Pollock N, McColl MA, Carswell A. Medida de Performance Ocupacional Canadense. In: Sumsion T (editora). **Prática baseada no cliente na terapia ocupacional: guia para implementação**. São Paulo: Roca, 2003. p.183-204.
13. Caldas ASV, Facundes VLD, Silva HJ. **O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em Estudos Brasileiro: uma revisão sistemática**. Rev Ter Ocup Univ São Paulo 2011 Set/Dez;22(3):238-44.
14. Montrone AVG, Rani R, Takaesu RK, Arantes CIS, Fabbro MRC. **Percepções e Práticas de Cuidadoras Comunitárias no Cuidado de Crianças Menores de Três Anos**. Trab. Educ. Saúde 2013 Set/Dez;11(3):659-78.
15. Beltrami L, Moraes AB, Souza APR. **Constituição da experiência da maternidade e risco ao desenvolvimento infantil**. Rev CECAF 2014 Nov/Dez;16(6):1828-36.
16. Carvalhaes MABL, Benício MHA. **Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil**. Rev Saúde Pública 2002;36(2):188-97.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010 Família e Domicílios Resultados da Amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese dos Indicadores Sociais Uma análise das condições de vida da população brasileira Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica Número 32**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
19. Warpechowski A, Mosmann C. **A experiência da paternidade frente à separação conjugal: sentimentos e percepções**. Temas em Psicologia 2012;20(1):247-60.
20. Arruda SLS, Lima MCF. **O novo lugar do pai como cuidador da criança**. Estudos Interdisciplinares em Psicologia 2013 Dez;4(2):201-16.
21. Gutierrez DMD, Minayo MCS. **Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família**. Ciência & Saúde Coletiva 2010;15(Supl. 1):1497-1508.
22. Gomes FMA, Cintra AMO, Ricas J, Dalla Vecchia M. **Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos**. Saúde Soc. São Paulo 2015;24(1):244-58.
23. Cecagno S, Souza MD, Jardim VMR. **Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença**. Acta Scientiarum Health Sciences 2004;26(1):107-12.

24. Magalhães LCM, Magalhães LV, Cardoso AA. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)** [tradução]. Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

25. Segava NB, Cavalcanti A. **Análise do desempenho ocupacional de crianças e adolescentes com anemia falciforme.** Rev Ter. Ocup. Univ. São Paulo 2011 Set/Dez;22(3):279-88.

26. Carleto DGS, Alves HC, Gontijo DT. **Promoção de saúde, desempenho ocupacional e vulnerabilidade social: subsídios para a intervenção da terapia ocupacional com adolescentes acolhidas institucionalmente.** Rev Ter. Ocup. Univ. São Paulo 2010 Jan/Abr;21(1):89-97.

27. Lamela D, Nunes-Costa R, Figueiredo B. **Modelos teóricos das relações coparentais: revisão crítica.** Psicologia em Estudo 2010 Jan/Mar;15(1):205-16.

28. Givigi RCN, Santos AS, Ramos GO. **Um novo olhar sobre participação da família no processo terapêutico.** Rev Ter. Ocup. Univ. São Paulo 2011 Set/Dez;22(3):221-28.

29. Henriques MSMT, Falbo AR, Sampaio MA, Fonte MLA, Krause DF. **O exercício da função materna em mães de filhos obesos na perspectiva da psicanálise.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2015 Set;18(3):461-75.

30. Queiroz EF. **O olhar do outro primordial.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2006 Dez;9(4):598-610.

ARTIGO 2

Associação entre transtornos emocionais e comportamentais em escolares de oito anos e a percepção de seus cuidadores a respeito do desempenho ocupacional

Correlation between emotional and behavioral disorders in school children of eight years old and the perception of their caregivers about occupational performance

Resumo: Os problemas de saúde mental mais frequentes na infância são os de conduta, atenção, hiperatividade e emocionais. Crianças com transtornos mentais podem apresentar prejuízos nos desempenhos funcional e escolar, funcionamento social e no brincar. Contexto e ambiente podem afetar desenvolvimento, desempenho ocupacional (DO) e saúde mental dos indivíduos. **Objetivo:** Verificar a correlação entre percepção dos cuidadores sobre o DO das crianças com presença de transtornos emocionais e comportamentais nas mesmas. **Metodologia:** Estudo transversal com 102 pares de crianças escolares da rede municipal de oito anos e seus cuidadores principais. **Instrumentos:** Questionários sociodemográficos, Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) e a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional. **Análise:** Utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* e $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. **Resultados:** A média total do SDQ foi de 15,5 (± 8) e as médias de DO e satisfação com o desempenho foram 5,96 ($\pm 2,2$) e 5,99 ($\pm 2,93$), respectivamente. Foi encontrado fraca correlação entre a média de DO e as subescalas e total do SDQ. Evidencia-se que quanto pior o DO, mais problemas emocionais e comportamentais a criança apresenta.

Palavras-chave: Transtornos Emocionais e Comportamentais – Saúde Mental – Desempenho Ocupacional – Terapia Ocupacional

Abstract: The most frequent mental health problems in childhood are of conduct, attention, hyperactivity and emotional problems. Children with mental disorders may present damages in functional and school performance, social functioning and playing. Context and ambient can affect development, occupational performance (OP) and mental health of the individuals. **Objective:** To verify the correlation between the perception of caregivers about the OP of the children with presence of emotional and behavioral disorders. **Methodology:** Cross-sectional study with 102 pairs of eight years old schoolchildren of the municipal education network and their main caregivers. **Instruments:** Sociodemographic questionnaires, Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and the Canadian Occupational Performance Measure (COPM). **Analysis:** Using the Spearman correlation coefficient and $p < 0.05$ were considered statistically significant. **Results:** The SDQ total average was 15.5 (+8) and the average OP and satisfaction with the performance were 5.96 (+2.2) and 5.99 (+2.93) respectively. There was found a weak correlation between the average OP and the subscales and the total SDQ. It is evidenced that the worse the OP, the more emotional and behavioral problems the child presents.

Keywords: Emotional and Behavioral Disorders - Mental Health - Occupational Performance - Occupational Therapy

Introdução

Saúde mental é um conjunto de habilidades adaptativas relacionadas aos aspectos emocionais, comportamentais e sociais¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS) coloca

que o termo está relacionado a maneira como o indivíduo lida com as adversidades habituais da vida, à capacidade de se trabalhar de forma produtiva e de contribuir para a comunidade onde está inserido. A OMS também contabiliza que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem com algum transtorno de saúde mental no mundo².

Em relação às crianças, os problemas de saúde mental estão relacionados à capacidade de responder aos estímulos do mundo externo³. Dados mundiais sugerem que aproximadamente 20% de crianças e adolescentes tem transtornos mentais². Os problemas mais frequentes nesse período são os de conduta, de atenção, hiperatividade e emocionais⁴.

Crianças estão expostas a diversos fatores de risco para problemas de saúde mental. Além dos fatores biológicos e genéticos, os fatores psicossociais, os eventos de vida estressantes e a exposição a maus-tratos de diversas ordens podem influenciar a saúde mental⁵. Os fatores do ambiente onde elas vivem também podem estar ligados aos agravos de saúde mental^{5,6}. A interação entre esses fatores de risco tem impacto negativo no desenvolvimento e comportamento das crianças e pode favorecer o aparecimento dos transtornos mentais⁶. Um ambiente com funcionamento familiar empobrecido, a presença de psicopatologia na família e a ausência dos pais representam um risco maior da criança apresentar algum transtorno psiquiátrico⁷. Estudo de Matsukura *et al.* mostrou que crianças tiveram menos problemas de conduta quando o ambiente familiar exigia responsabilidades que eram cumpridas por todos na casa⁵.

Desempenho ocupacional é a ação humana realizada em resposta a uma forma ocupacional⁸, ou seja, é a habilidade que os indivíduos têm de realizar atividades rotineiras e de desempenhar papéis e tarefas⁹. Trata-se da execução de uma ocupação selecionada resultante da dinâmica entre indivíduo, contexto e ambiente¹⁰. Crianças têm

como ocupação, entre outras, atividades básicas de vida diária (autocuidado e alimentação, por exemplo), brincar e atividades escolares e sociais.

No período da infância, as crianças estão adquirindo habilidades para a realização dessas atividades de autocuidado, em processo de formação e aprendizado escolar e se desenvolvendo através do brincar e do lazer. Crianças com transtornos mentais podem apresentar prejuízos no desempenho funcional¹¹ e isso pode afetar o funcionamento social, o desempenho escolar e o brincar¹². Ainda nesse sentido, os ambientes em que a criança está inserida podem auxiliar ou prejudicar seu desenvolvimento. Bastos, Mancini e Pyló sugerem que as condições de saúde mental resultam em dificuldades no desempenho ocupacional em três grandes áreas: autocuidado, produtividade e lazer¹³. Assim, uma criança com problemas de saúde mental pode apresentar alterações em seu desempenho ocupacional, tendo dificuldade com atividades de autocuidado, na escola e até mesmo na realização de atividades voltadas ao lazer.

Estudos que fomentem as políticas públicas e as estratégias governamentais podem reduzir as causas que levam ao adoecimento infantil por meio da promoção e prevenção em saúde¹⁴. Dessa forma, esse estudo objetivou verificar a correlação entre a percepção dos cuidadores sobre o desempenho ocupacional das crianças com a presença de transtornos emocionais e comportamentais nas mesmas.

Métodos

Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa “Infância saudável em contexto: uma investigação multidisciplinar”, iniciado em 2013, na Universidade Católica de Pelotas (UCPel) no Programa de Mestrado e Doutorado em Saúde e Comportamento. Foram utilizados dados do referido estudo e coletados novos dados. A seleção da amostra, feita no estudo “Infância Saudável”, aconteceu com o sorteio

aleatório de 20 escolas municipais da cidade de Pelotas, RS. Foram incluídas crianças com oito anos (na ocasião da coleta) e seus respectivos cuidadores. O projeto “Infância Saudável” foi aprovado em 25 de setembro de 2014, pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas, sob o número de CAEE 27696014.3.0000.5339 e parecer 843.526.

Esclarece-se que durante a coleta de dados do estudo “Infância Saudável”, os cuidadores assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) próprio que autorizava a participação das crianças. As crianças eram, então, convidadas a participar da coleta de dados e caso não aceitassem eram consideradas perda de amostra. Não se viu necessidade, de acordo com a metodologia do estudo, do uso de um termo de assentimento. Com relação ao presente estudo, em função da inclusão de um instrumento de pesquisa, o mesmo foi submetido como adendo ao Comitê de Ética, sendo também aprovado. Fez-se necessário que apenas os cuidadores assinassem novo TCLE.

Para este estudo transversal foi feita uma subamostra aleatória simples das crianças avaliadas no projeto “Infância Saudável”, sendo que metade das crianças avaliadas em cada escola do projeto e seus respectivos cuidadores foram incluídos nessa subamostra. A lista das escolas sorteadas foi organizada em ordem alfabética. Em cada escola, as turmas foram organizadas por turno (manhã e tarde, nessa ordem), seguido pela menor série até a maior série. Quando havia mais de uma turma por série, as turmas foram organizadas de forma alfabética de acordo com a letra correspondente (A, B, C até a última letra/turma). Os alunos também estavam organizados em ordem alfabética. Das crianças avaliadas no “Infância Saudável”, a primeira criança foi selecionada para essa amostra, a segunda foi excluída, a terceira selecionada e assim sucessivamente até o final das crianças avaliadas. Finalizadas as escolas e crianças, 305 pares (crianças e cuidadores) foram incluídos para compor a subamostra. A estimativa de 50% foi feita considerando

possíveis perdas e recusas por parte dos cuidadores. O presente estudo apresenta resultados parciais da amostra supracitada.

Ambos os estudos em questão foram executados dentro das normas éticas estabelecidas pela resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisas com seres humanos.

Instrumentos utilizados

Questionário sociodemográfico para Crianças e Questionário sociodemográfico para Cuidadores: Instrumentos objetivos, com perguntas fechadas, compostos por variáveis de interesse para as áreas de pesquisa que são contempladas pelo projeto “Infância Saudável”.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): O questionário de dificuldades e capacidades do comportamento social é dividido em 5 sub-escalas (comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento). Na sub-escala comportamento pró-social quanto maior a pontuação apresentada, menor o número de queixas relatadas pelos examinados. Nas demais sub-escalas, quanto maior a pontuação, maior também o número de queixas apresentadas. No Brasil, foi validado por Fleitlich, Cartazar e Goodman¹⁵. O instrumento foi aplicado aos cuidadores com relação ao comportamento das crianças. Foram utilizadas as médias das cinco sub-escalas e o escore total do instrumento.

Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM): É um instrumento utilizado para identificar problemas na performance ocupacional e para medir resultados de uma intervenção terapêutica. A avaliação pode ser utilizada diretamente com um indivíduo (cliente) ou pode ser aplicada para outras pessoas que convivam com o cliente (familiares e cuidadores, por exemplo)¹⁶. Nesse caso, foi utilizado para avaliar a

percepção dos cuidadores a respeito do desempenho ocupacional das crianças. Ela abrange três áreas de desempenho ocupacional: as atividades de autocuidado, atividades produtivas e atividades de lazer. E tem formato de entrevista semiestruturada e avalia, além do desempenho ocupacional em três áreas distintas, a satisfação do indivíduo na realização das atividades¹⁷.

Procedimentos e logística:

A avaliação das crianças ocorreu nas escolas após a autorização dos pais. Os cuidadores foram entrevistados em suas residências, mediante marcação prévia por telefone.

O questionário sociodemográfico dos cuidadores foi aplicado em ocasião anterior a desse estudo. O mesmo aconteceu com o instrumento SDQ. Entretanto, nos casos em que o SDQ havia sido aplicado há mais de seis meses, o instrumento foi novamente aplicado junto com a COPM.

No início das entrevistas com os cuidadores, os objetivos e os procedimentos do estudo eram explicados. O participante assinava o TCLE e os instrumentos eram aplicados.

Com relação ao COPM, o conceito de desempenho ocupacional era explicado. Depois, os entrevistados foram encorajados a pensar na rotina diária de atividades das crianças que estavam sob seus cuidados. Exemplos de atividades próprias da faixa etária da criança foram fornecidos e os cuidadores relataram quais atividades eram realizadas de forma ‘problemática’ pela criança. Por ‘problemática’ entendeu-se aquelas atividades que a criança não fazia por vontade própria (necessitando de estímulo contínuo e repetido), não fazia de acordo com o que o cuidador entendia como maneira correta e/ou satisfatória ou não fazia por dificuldades físicas, cognitivas e/ou psíquicas.

Análise dos dados:

Os dados foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0. Para análise das variáveis contínuas foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* e os valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados:

A amostra do estudo foi composta por 95 pares de crianças e cuidadores. Foram registradas sete perdas (por troca de endereço e/ou telefone) e nenhum recusa.

O sexo masculino foi predominante (60,8%) na amostra de crianças desse estudo. A maioria das crianças (82,4) morava com a mãe. Das que relataram não morar com o pai ($n = 67$), 18,6% relatou sentir falta do mesmo. A figura da mãe foi apontada como cuidador principal para 61,8% das crianças, enquanto os avós foram responsáveis pelo cuidado de 14,7% da amostra. A média de pessoas que vive na mesma residência que a criança foi de 4,15 ($\pm 8,5$). A **tabela 1** mostra as informações completas da amostra de crianças.

No que diz respeito aos cuidadores, a maioria foi do sexo feminino (92,2%), com média de idade de 35,5 anos ($\pm 9,4$). A média de anos de estudo desses foi de 9,13 anos ($\pm 3,8$). A maior parte dos cuidadores trabalhava e tinha médias de 7,6 ($\pm 2,7$) horas trabalhadas por dia e 5,2 ($\pm 1,1$) dias de trabalho por semana. Com relação ao uso de substâncias por parte dos cuidadores, a média de cigarros fumados por dia foi de 14,5 ($\pm 6,9$). A caracterização da amostra de cuidadores é mostrada na **tabela 2**.

Os resultados do SDQ foram apresentados por média de cada subescala e por frequência, conforme a **tabela 3**. A subescala *sintomas emocionais* teve média de 3,85

($\pm 2,72$) pontos, a de *problemas de conduta* de 2,88 ($\pm 2,1$) pontos, a de *hiperatividade* de 5,3 ($\pm 2,8$) pontos e a de *problemas de relacionamento com os colegas* de 3,4 ($\pm 2,7$) pontos. A subescala *comportamento pró-social* teve média de 8,8 ($\pm 1,4$) pontos e a média total do SDQ foi de 15,5 (± 8) pontos.

Acerca dos resultados obtidos com a COPM sobre a percepção dos cuidadores a respeito do desempenho ocupacional das crianças, a média encontrada foi de 5,96 ($\pm 2,2$). Enquanto a média de satisfação percebida pelos cuidadores com relação ao desempenho ocupacional das crianças foi de 5,99 ($\pm 2,93$).

Em análise bivariada da média do desempenho ocupacional em relação aos transtornos emocionais e comportamentais, foi constatado que as crianças com mais *problemas emocionais e comportamentais* também apresentaram menores médias de desempenho ocupacional ($p = 0,004$), assim como aqueles que tiveram mais *problemas de conduta* ($p = 0,007$) e *hiperatividade* ($p = 0,025$). A mesma relação foi encontrada entre as menores médias de desempenho ocupacional e o escore total do SDQ ($p = 0,004$). Quanto à análise da média de satisfação sobre o desempenho ocupacional, as crianças com mais *problemas de conduta* apresentaram também menores médias de satisfação do desempenho ocupacional ($p = 0,013$), assim como aqueles com *problemas de relacionamento com os colegas* ($p = 0,049$). A **tabela 4** mostra a relação dos transtornos emocionais e comportamentais com a média de desempenho ocupacional e a média de satisfação sobre o desempenho ocupacional das crianças percebida pelos cuidadores.

Foi encontrada uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a média do desempenho ocupacional com os *problemas emocionais* ($p = 0,001$) ($r = -0,34$), com os *problemas de conduta* ($p = 0,000$) ($r = -0,40$), com a *hiperatividade* ($p = 0,001$) ($r = -0,34$) e com os *problemas de relacionamento com os colegas* ($p = 0,004$) ($r = -0,29$). Assim, quanto menor o desempenho, mais problemas emocionais e comportamentais as

crianças têm. Uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o desempenho ocupacional com o total do SDQ ($p = 0,000$) ($r = -0,43$) também foi encontrada. Isso significa que quanto menor a média do desempenho ocupacional, menor a média do SDQ.

Verificou-se ainda uma correlação positiva não significativa entre a média do desempenho ocupacional e o *comportamento pró-social* ($p = 0,097$) ($r = 0,17$). Ou seja, quanto maior a média de desempenho ocupacional percebida pelos cuidadores, maior o *comportamento pró-social* da criança.

Encontrou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a média de satisfação do desempenho ocupacional com os *problemas emocionais* ($p = 0,016$) ($r = -0,24$), com os *problemas de conduta* ($p = 0,001$) ($r = -0,32$), com a *hiperatividade* ($p = 0,008$) ($r = -0,26$) e com os *problemas de relacionamento com os colegas* ($p = 0,004$) ($r = -0,29$). Correlação foi positiva com o *comportamento pró-social* ($p = 0,021$) ($r = 0,23$). Assim, quanto maior a média de satisfação com o desempenho ocupacional das crianças, maior também a média de *comportamento pró-social*.

Ainda com relação à satisfação com o desempenho ocupacional das crianças, encontrou-se uma correlação positiva entre a satisfação e o total do SDQ ($p = 0,000$) ($r = -0,35$). Isso significa que quanto menor a média de satisfação com o desempenho das crianças, menor a medida dada no SDQ.

Dessa forma, embora tenha se encontrado uma correlação fraca entre a média de desempenho ocupacional e as subescalas e o total do SDQ, evidencia-se que quanto pior o desempenho ocupacional, mais problemas emocionais e comportamentais a criança apresenta.

Discussão

A mãe foi identificada como cuidadora principal em 61,8% dos pares estudados. Ainda hoje, cabe à mulher o papel de promoção de cuidados e de manutenção do ambiente doméstico, e ao homem cabe o sustento e proteção familiar^{18, 19}. Apesar das mudanças do papel da mulher na sociedade contemporânea, a mãe ainda é vista como principal responsável pelo cuidado da família. No estudo de Gomes *et al.*, a visão dos profissionais de saúde na atenção primária foi de que a mãe é a principal responsável pela saúde mental dos filhos; ela é vista como causa e solução de problemas dessa ordem²⁰. Essa visão demonstra que a mãe é vista como grande responsável pelo cuidado, saúde, educação e problemas dos filhos; rede social, escola, família e governo estariam isentos dessa responsabilidade ou teriam participação mínima nesse processo.

Com relação aos resultados de problemas emocionais e comportamentais é possível estabelecer algumas comparações. As médias e frequências foram superiores às daquelas de estudos com amostras semelhantes e que tiveram o instrumento SDQ respondido pelos cuidadores/pais das crianças. Foram superiores no total do SDQ^{21, 22, 23}, nos sintomas emocionais^{22, 24}, hiperatividade e problemas de conduta^{21, 22, 23, 24}, e problemas de relacionamento com os colegas^{21, 23, 24}. A média de problemas de conduta foi semelhante à encontrada no estudo de Saud²³. Já na subescala de problemas de relacionamento com os colegas encontramos frequência pouco menor do que a encontrada por Farias *et al.* numa amostra de usuários do CAPSi na cidade de Pelotas²⁵. O que chama atenção na comparação é o fato de uma amostra de crianças saudáveis ter frequência semelhante àquela de crianças atendidas por um serviço de saúde mental.

Além da média da subescala de hiperatividade ter sido maior do que nos estudos supracitados, ela ainda foi relativamente maior que as demais subescalas (5,3 ($\pm 2,8$)). Uma razão para que isso tenha ocorrido pode estar relacionada ao número maior de

meninos na composição da amostra. Segundo Topczwski (1999), citado por Saud e Tonelotto, no gênero masculino os sintomas hiperativos são mais predominantes em comparação com o feminino²³. O estudo de Stivanin *et al.*, que comparou os resultados do SDQ entre gênero e série escolar, também encontrou dados semelhantes com relação aos meninos²⁴.

O comportamento pró-social pode ser considerado como facilitador da vida em grupo²⁶ e nos traz vantagens individuais²⁷. Com relação ao que é avaliado no instrumento SDQ, diz-se que quanto maior a pontuação na subescala de comportamento pró-social, menos problemas e queixas a criança apresenta. Entretanto, cabe ressaltar que a ausência de comportamentos pró-sociais não significa necessariamente a presença de dificuldades psicológicas²². O estudo de Caqueo *et al.* evidenciou que o comportamento pró-social esteve associado a melhora do rendimento acadêmico e a diminuição dos problemas de relacionamento com os colegas²⁸. No presente estudo, a média dessa subescala foi semelhante à encontrada no estudo de Stivanin *et al.*²⁴ que analisou as questões comportamentais de crianças leitoras da segunda e terceira séries e no estudo de Saud e Tonelotto²³ que analisou o comportamento social entre os gêneros de crianças de terceira e quarta série.

Não foram encontrados estudos que avaliassem o desempenho ocupacional de crianças sem problemas de saúde. Ademais, a COPM foi elaborada a partir da abordagem de terapia ocupacional centrada no cliente²⁹, ou seja, tem uma base subjetiva e individual³⁰. Todavia, as médias de desempenho e satisfação apresentadas por esse estudo podem ser consideradas baixas, principalmente quando levado em consideração o fato das crianças da amostra serem saudáveis. Mesmo que comparações estatísticas sejam improváveis, um estudo com crianças com anemia falciforme encontrou média 6 para o desempenho ocupacional³¹. As médias entre os dois estudos foram bastante semelhantes

e cabe ressaltar que crianças com anemia falciforme se sentem limitados por causa dos episódios de dor e restrição alimentar, por exemplo.

A abordagem centrada no cliente leva em consideração as metas que são importantes para o indivíduo avaliado e a importância/influência que o ambiente tem para ele³². Assim, são importantes para a análise do desempenho ocupacional: as habilidades e padrões de desempenho, os fatores relacionados aos indivíduos e o contexto e ambiente onde eles estão inseridos e a influência que esses exercem¹⁰.

A partir dessa visão, evidencia-se a relação entre a saúde mental ou a presença de sintomas emocionais e de comportamento e o desempenho ocupacional dos indivíduos. Os problemas de saúde mental estão conectados à capacidade que os indivíduos têm de lidar com as demandas externas e podem levar ao prejuízo funcional³³ no relacionamento familiar, relações sociais e aprendizado³⁴. Assim, os problemas emocionais e de comportamento podem afetar a execução das tarefas diárias das crianças e, conseqüentemente, a percepção dos cuidadores. Cid e Matsukura colocam que as dificuldades relacionadas à saúde mental podem permanecer no processo de desenvolvimento das crianças, implicando em prejuízos reais para o desempenho de atividades e no aumento das chances de desenvolverem problemas escolares e transtornos mentais graves na vida adulta³⁵. Esses achados corroboram com os resultados encontrados no presente estudo. Apesar das correlações encontradas serem fracas, é possível observar que quanto menor o desempenho, mais problemas emocionais e comportamentais as crianças têm.

Considerações finais

Problemas de saúde mental vêm aumentando na faixa etária infanto-juvenil. Transtornos emocionais e de comportamento podem alterar o desempenho ocupacional e

a execução de tarefas rotineiras. Esses problemas podem persistir durante o desenvolvimento gerando agravos importantes e disfunções na vida adulta.

Entretanto, o desempenho ocupacional é pensado e avaliado levando em consideração as capacidades do indivíduo e as influências do meio e contexto social. Portanto, é preciso pensar que o desempenho ocupacional abaixo da média encontrada nesse estudo também pode gerar sintomas emocionais, de hiperatividade, conduta e relacionamento.

Além disso, investigou-se aqui a percepção dos cuidadores a respeito do desempenho das crianças. As expectativas dos cuidadores podem ser demasiadas frente às condições e capacidades das crianças avaliadas. Outro fator importante, diz respeito a falta de dados relacionados à saúde mental desses cuidadores – que poderia influenciar a percepção e alterar os dados do desempenho ocupacional das crianças.

Por fim, a atenção ao desenvolvimento infantil e os fatores que exercem influência nele devem ser sempre percebidos com atenção. Priorizar a saúde e o bem-estar das crianças, aumenta a chance desses indivíduos tornarem-se adultos produtivos e com menos problemas.

Referências:

1. Santos VC. Utilização dos serviços hospitalares e comunitários no atendimento de saúde mental infanto-juvenil no estado de Sergipe – Brasil [tese de doutorado]. Bahia: Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2015.
2. World Health Organization. The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. Assis SG, Avanci JQ, Oliveira RVC. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. Rev Saúde Pública 2009;43(Supl 1):92-100.

4. Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2007;41(2):251-9.4.
5. Matsukura TS, Fernandes ADSA, Cid MFB. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2012 Mai/Ago;23(2):122-9.
6. Bordin IAS, De Paula CS. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 101-118.
7. Vicente B, Saldivia S, La Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infant-juvenil em Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chile* 2012;(140):447-57.
8. Dickie V. O que é ocupação? In: Crepeau EB, Chon EG, Schell BAB (editoras). *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*. 11ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. ___-___.
9. Medeiros TML, Matos RMA, Correia NB, Lima ACD, Albuquerque RC. Desempenho ocupacional de adolescentes escolares com excesso de peso. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2014 Set/Dez;25(3):279-88.
10. Cavalcanti A, Silva e Dutra FCM, Elui VMC. *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo*. 3ª edição. [tradução]. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2015 Jan/Abr;26(ed. esp.):1-49.
11. Tszesniosk LC, Nóbrega KBG, Lima MLLT, Facundes VLD. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015;20(2):363-70.
12. Florey L. Disfunção psicossocial na infância e adolescência. In: Neistadt ME, Crepeau EB [organizadores]. *Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 580-591.

13. Bastos SCA, Mancini MC, Pyló RM. O uso da medida canadense de desempenho ocupacional (COPM) em saúde mental. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2010 Mai/Ago;21(2):104-10.
14. Silva RMM, Vieira CS, Toso BRGO, Neves ET, Silva-Sobrinho RA. A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores. *Saúde Debate* 2015 Jul/Set;39(106):718-29.
15. Fleitlich B, Cortazar PG, Goodman R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Revista Infante [de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência]* 2000;8:44-50.
16. Pollock N, McColl MA, Carswell A. Medida de Performance Ocupacional Canadense. In: Sumsion T (editora). *Prática baseada no cliente na terapia ocupacional: guia para implementação*. São Paulo: Roca, 2003. p.183-204.
17. Caldas ASV, Facundes VLD, Silva HJ. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em Estudos Brasileiro: uma revisão sistemática. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2011 Set/Dez;22(3):238-44.
18. Arruda SLS, Lima MCF. O novo lugar do pai como cuidador da criança. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia* 2013 Dez;4(2):201-16.
19. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010;15(Supl. 1):1497-1508.
20. Gomes FMA, Cintra AMO, Ricas J, Dalla Vecchia M. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. *Saúde Soc. São Paulo* 2015;24(1):244-58.
21. Saur AM, Loureiro SR. Behavioral and emotional problems of schoolchildren according to gender. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 2014;66(1):102-16.

22. Curyand CR, Golfeto JH. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(3):139-45.
23. Saud LF, Tonelotto JMF. Comportamento social na escola: diferenças entre gêneros e series. *Psicologia Escolar e Educacional* 2005;9(1):47-57.
24. Stivanin L, Scheuer CI, Assumpção Jr. FB. SDQ (Strengths and difficulties questionnaire): identificação de características comportamentais de crianças leitoras. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2008 Out/Dez;24(4):407-13.
25. Farias CA, Lima POC, Ferreira LA, Cruzeiro ALS, Quevedo LA. Sobrecarga em cuidadores de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(12):4819-27.
26. Medeiros MWA. O comportamento pró-social de crianças com sintomatologia do transtorno de conduta [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Biociências, Programa de Pós-graduação em Psicobiologia; 2014.
27. Pilati R, Iglesias F, Lima BR, Simone CV. Experimentos de campo em comportamento pró-social: sexo, densidade e grupo cultural. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2010 Abr/Jun;26(2):361-70.
28. Caqueo A, Urzúa A, Ferrer R, Zúñiga F, Palma C, Escudero J. Fortalezas y dificultades para el ajuste emocional en niños Aymara desde la perspectiva de los menores, padres y profesores. *Rev Chil Pediatr* 2014;85(5):561-568.
29. Magalhães LCM, Magalhães LV, Cardoso AA. Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) [tradução]. Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
30. Wressle E, Eeg-Olofsson A-M, Marcusson J, Henriksson C. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *J Rehabil Med* 2002;34:5-11.

31. Segava NB, Cavalcanti A. Análise do desempenho ocupacional de crianças e adolescentes com anemia falciforme. *Rev Ter. Ocup. Univ. São Paulo* 2011 Set/Dez;22(3):279-88.
32. Mângia EF. Contribuições da abordagem canadense “prática de terapia ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo* 2002 Set/Dez;13(3):127-34.
33. Barata MFO, Nóbrega KBG, Jesus KCS, Lima MLLT, Facundes, VLD. Rede de cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico: ações de promoção à saúde. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2015 Maio/Ago;26(2):225-33.
34. Squassoni CE, Matsukura TS, Panúncio-Pinto MP. Apoio social e desenvolvimento socioemocional infanto-juvenil. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2014 Jan/Abr;25(1):27-35. Cid MFB, Matsukura TS. Problemas de saúde mental em escolares e seus responsáveis: um estudo de prevalência. *Rev. Ter Ocup Univ São Paulo* 2014 Jan/Abr;25(1):1-10.

Tabelas

Tabela 1: Caracterização da amostra de crianças escolares de oito anos

	n = 95	%
Sexo		
Feminino	33	39,2
Masculino	62	60,8
Cor da pele		
Não branco	33	35,5
Mora com os pais		
Mora com a mãe	84	82,4
Mora com o pai	67	65,7
Sente falta do pai/mãe		
Falta da mãe	6	5,9
Falta do pai	19	18,6
Cuidador principal		
Mãe	63	61,8
Pai	8	7,8
Irmãos	5	4,9
Avós	15	14,7
Outros	4	3,9
Pessoas que vivem na mesma casa com a criança		
Até 3 pessoas	59	64,4
Mais de 3 pessoas	36	35,6
Problemas de saúde da criança		
Sim	26	27,5
Não	69	72,5

Tabela 2: Caracterização da amostra de cuidadores do estudo

	n = 95	%
Sexo		
Feminino	88	92,2
Masculino	7	7,8
Grau de parentesco do cuidador		
Pai/Mãe biológico	85	89,2
Pai/Mãe social	1	1
Avós	7	7,8
Outros	2	2
Idade		
18 a 30 anos	34	35,6
31 a 37 anos	31	32,7
38 a 65 anos	30	31,7
Cor da pele		
Branco	69	73,5%
Anos de estudo		
Até 8 anos	43	45,1
Mais de 8 anos	52	54,9
Situação conjugal		
Vive com companheiro	73	76,5
Vive sem companheiro	22	23,5
Vive com o pai/mãe da criança		
Sim	53	55,9
Não	42	44,1
Trabalho		
Sim	53	55,9
Não	42	44,1
IEN*		
Baixo tercil	32	33,4
Médio tercil	32	33,4
Alto tercil	31	33,2
Uso de substâncias		
Fumo	23	24,5
Bebe	22	23,5

*Índice Econômico Nacional

Tabela 3: Frequência de transtornos emocionais e comportamentais em crianças escolares de oito anos

	n = 95	%
Problemas emocionais	31	(33,3%)
Problemas de conduta	38	(40,2%)
Hiperatividade	34	(36,3%)
Problemas de relacionamento com os colegas	48	(51%)
Comportamento pró-social	95	100%
Total SDQ		
Anormal	42	(44,1%)

Tabela 4: Relação dos transtornos emocionais e comportamentais com as médias de desempenho ocupacional e satisfação do desempenho ocupacional das crianças percebidos pelos cuidadores

	Média do desempenho ocupacional e desvio padrão	Valor p	Média de satisfação do desempenho ocupacional e desvio padrão	Valor p
Problemas emocionais		0,004		0,068
Sim (n = 33)	5,11 (\pm 1,8)		5,2 (\pm 2,9)	
Não (n = 63)	6,4 (\pm 2,3)		6,3 (\pm 2,8)	
Problemas de conduta		0,007		0,013
Sim (n = 39)	5,2 (\pm 2)		5,1 (\pm 2,7)	
Não (n = 57)	6,4 (\pm 2,2)		6,5 (\pm 2,9)	
Hiperatividade		0,025		0,197
Sim (n = 34)	5,3 (\pm 1,3)		5,5 (\pm 2,4)	
Não (n = 62)	6,2 (\pm 2,6)		6,2 (\pm 3,1)	
Problemas de relacionamento		0,104		0,049
Sim (n = 46)	5,5 (\pm 2,2)		5,3 (\pm 3)	
Não (n = 50)	6,3 (\pm 2,2)		6,5 (\pm 2,7)	
Total SDQ		0,004		0,133
Sim (n = 41)	5,2 (\pm 1,9)		5,4 (\pm 2,7)	
Não (n = 55)	6,5 (\pm 2,3)		6,3 (\pm 3)	

CONCLUSÃO

Esse estudo objetivou investigar a relação entre desempenho cognitivo e transtornos emocionais e comportamentais de crianças com a percepção de seus cuidadores sobre seu desempenho ocupacional. Em virtude do prazo estabelecido para defesa da tese, foram apresentados resultados parciais. Esses resultados geraram dois artigos com resultados estatisticamente significativos.

Houve fraca correlação, porém significativa, entre a presença de problemas emocionais e de comportamento nas crianças e a percepção dos cuidadores a respeito do seu desempenho ocupacional. Ainda que mais estudos precisem ser realizados, trata-se de um achado importante. Através dele será possível discutir sobre melhores intervenções e buscar juntamente a outros profissionais, uma prática mais completa e benéfica para os indivíduos que necessitam.



Houve também associação entre fatores como recebimento de benefício social e viver com a mãe e a percepção dos cuidadores a respeito do desempenho ocupacional das crianças da amostra. Esses resultados demonstram alguns dos vários fatores que influenciam o desempenho ocupacional e a realização de atividades rotineiras.

Um terceiro artigo será produzido ao término das coletas de dados e obtenção da amostra total. Espera-se que nele se encontre correlação entre os desempenhos cognitivo e ocupacional das crianças.



Por fim, espera-se que esses achados possam contribuir com próximos estudos que viabilizem melhor atenção aos indivíduos com os problemas relacionados, gerando bem-estar e maior qualidade de vida. Além disso, espera-se contribuir com a área da terapia ocupacional, que ainda carece de estudos científicos que auxiliem na sua inovação e relevância.

ANEXOS

Anexo A: Questionário Sociodemográfico Crianças

 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO PROJETO INFÂNCIA SAUDÁVEL QUESTIONÁRIO PARA CRIANÇAS 	
IDENTIFICAÇÃO LOCAL	
QUEST: _____ Nome da Criança: _____ Escola: _____ Turma: _____ Data da entrevista __/__/__ Turno da entrevista: (1) manhã (2) tarde Entrevistador: _____	quest ___ escola __ dt __/__/__ turno _ entrev __
IDENTIFICAÇÃO CRIANÇA	
Data de nascimento __/__/__ 1. Qual é a tua idade? ___ em anos completos 2. Sexo do entrevistado (observar): (1) feminino (2) masculino 3. Cor da pele ou etnia do entrevistado (observar): (1) branca (2) preta (3) mulata (4) amarela (5) indígena	dtnasc __/__/__ idade __ sexo _ corpele _
4. Você mora com a sua mãe? (0) não (1) sim → PULE PARA 6 5. Você sente falta da sua mãe? (0) não (1) sim (8) NSA 6. Você mora com a seu pai? (0) não (1) sim → PULE PARA 8 7. Você sente falta do seu pai? (0) não (1) sim (8) NSA 8. Quem é a pessoa que mais cuida de ti? (1) mãe (2) pai (3) irmãos (4) avó/avô (5) outro: _____ 9. Você tem animal de estimação em casa? (Ex: gato ou cachorro) (0) não → PULE PARA FORMULÁRIO DE CONSUMO ALIMENTAR – SISVAN (1) sim 10. Você costuma fazer alguma atividade com o seu (ANIMAL), como brincar, alimentar, passear? (0) não (8) NSA (1) sim	moramae _ faltama _ morapai _ faltapai _ cuida _ oucui __ animal _ ativani _

Anexo B: Questionário Sociodemográfico Pais/Cuidadores

	PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO PROJETO INFÂNCIA SAUDÁVEL QUESTIONÁRIO PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS	 Pós-Graduação Saúde e Comportamento Instituto de Saúde Universidade Católica de Pernambuco
---	--	--

IDENTIFICAÇÃO	
Questionário: _____ Entrevistador: _____ Escola: _____ Data da entrevista: __/__/__ Nome do Entrevistado: _____ Endereço: _____ Telefones: _____ Nome e telefone de um familiar: _____	quest_ __ entrev_ __ escola_ __ dt __/__/__
1. Sexo do entrevistado: (1) feminino (2) masculino 2. Qual a sua relação com a criança? (1) mãe/pai biológico (2) mãe/pai social (3) avó/avô (4) outro: _____ 3. Qual é a tua idade? ___ em anos completos 4. Tu te consideras? <i>(Ler as opções)</i> (1) branca (2) preta (3) mulata (4) amarela (5) indígena 5. Qual a tua escolaridade? ___ em anos completos de estudo 6. Vives com companheiro (a)? (0) não (1) sim	sexo_ __ reali_ __ idade_ __ corpele_ __ escola_ __ vivecom_ __
BLOCO SOCIODEMOGRÁFICO	
1. Estás trabalhando atualmente? <i>(Ler as opções de resposta)</i> (0) não → PULE PARA QUESTÃO 4 (1) sim (2) Nunca trabalhou → PULE PARA QUESTÃO 4 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> SE SIM: 2. Se sim quantos dias por semana? ___ dias (88) NSA 3. Quantas horas por dia? ___ horas (88) NSA </div> 4. Alguém da família recebe algum benefício social (Ex: Bolsa Família, LOAS) (0) não → PULE PARA PRÓX. BLOCO (1) sim 5. Se SIM, qual benefício: _____ (88) NSA	trabetu_ __ tradia_ __ trahor_ __ benesoc_ __ tipoben_ __

Anexo C: *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ)				
Para cada item diga que opção melhor descreve a (CRIANÇA). Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.				
	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro	
1. Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	0	1	2	sdq1_
2. Não consegue parar sentado (a) quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	0	1	2	sdq2_
3. Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	0	1	2	sdq3_
4. Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis... com outras crianças	0	1	2	sdq4_
5. Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	0	1	2	sdq5_
6. É solitário (a), prefere brincar sozinho (a)	0	1	2	sdq6_
7. Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	0	1	2	sdq7_
8. Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado (a) com tudo	0	1	2	sdq8_
9. Tenta ser atencioso (a) se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	0	1	2	sdq9_
10. Está sempre agitado (a), balançando as pernas ou mexendo as mãos	0	1	2	sdq10_
11. Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	0	1	2	sdq11_
12. Frequentemente briga com outras crianças ou as amendoenta	0	1	2	sdq12_
13. Frequentemente parece triste, desanimado (a) ou choroso (a)	0	1	2	sdq13_
14. Em geral, é querido (a) por outras crianças	0	1	2	sdq14_
15. Facilmente perde a concentração	0	1	2	sdq15_
16. Fica inseguro (a) quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo (a)	0	1	2	sdq16_
17. É gentil com crianças mais novas	0	1	2	sdq17_
18. Frequentemente engana ou mente	0	1	2	sdq18_
19. Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no (a)	0	1	2	sdq19_
20. Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	0	1	2	sdq20_
21. Pensa nas coisas antes de fazê-las	0	1	2	sdq21_
22. Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	0	1	2	sdq22_
23. Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	0	1	2	sdq23_
24. Tem muitos medos, assusta-se facilmente	0	1	2	sdq24_
25. Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	0	1	2	sdq25_

Anexo D: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)

MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM)¹

Segunda Edição

Autores: Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock²

Nome do cliente: _____	Idade: _____	Sexo: _____
Entrevistado: _____ (se não for o cliente)	Registro nº: _____	
Terapeuta: _____		Data da avaliação: _____
Clinica/Hospital: _____	Programa: _____	Data prevista para reavaliação: _____
		Data da reavaliação: _____

PASSO 1: IDENTIFICAÇÃO DE QUESTÕES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Para identificar problemas, preocupações e questões relativas ao desempenho ocupacional, entreviste o cliente questionando sobre as atividades do dia-a-dia no que se refere às atividades produtivas, de autocuidado e de lazer. Solicite ao cliente que identifique as atividades do dia-a-dia que quer realizar, que necessita realizar ou que é esperado que ele realize, encorajando-o a pensar num dia típico. Em seguida, peça que identifique quais dessas atividades atualmente são difíceis de realizar, de forma satisfatória. Registre estas atividades problemáticas nos Passos 1A, 1B ou 1C.

PASSO 2: CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPORTÂNCIA

Usando as cartões de pontuação, peça ao cliente que classifique, numa escala de 1 a 10, a importância de cada atividade. Coloque as pontuações nos respectivos quadrados nos Passos 1A, 1B e 1C.

A. Autocuidado	Importância
Cuidados pessoais (ex.: vestuário, banho, alimentação, higiene)	<input type="text"/>
Mobilidade funcional (ex.: transferências, mobilidade dentro e fora de casa)	<input type="text"/>
Independência fora de casa (ex.: transportes, compras, finanças)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
B. Produtividade	Importância
Trabalho (remunerado/não-remunerado) (ex.: procurar/manter um emprego, atividades voluntárias)	<input type="text"/>
Tarefas domésticas (ex.: limpeza, lavagem de roupas, preparação de refeições)	<input type="text"/>
Brincar/Escola (ex.: habilidade para brincar, fazer o dever de casa)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
C. Lazer	Importância
Recreação tranquila (ex.: hobbies, leitura, artesanato)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Recreação ativa (ex.: esportes, passeios, viagens)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Socialização (ex.: visitas, telefonemas, festas, escrever cartas)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

¹Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Lívia C. Magalhães, Ulvan V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.

²Publicado pelo CAOT Publicação ACE © M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, 2000

PASSO 3: PONTUAÇÃO – AVALIAÇÃO INICIAL

Confirme com o cliente os 5 problemas mais importantes e registre-os abaixo. Usando os cartões de pontuação, peça ao cliente para classificar cada problema no que diz respeito ao Desempenho e Satisfação, depois calcule a pontuação total. Para calcular a pontuação total some a pontuação do desempenho ocupacional ou da satisfação de todos os problemas e divida pelo número de problemas.

PASSO 4: REAVALIAÇÃO

No intervalo de tempo apropriado para reavaliação, o cliente classifica novamente cada problema, no que se refere ao Desempenho e à Satisfação.

Problemas de Desempenho Ocupacional	Avaliação Inicial		Reavaliação	
	Desempenho 1	Satisfação 1	Desempenho 2	Satisfação 2
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Problemas de Desempenho Ocupacional	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2
$\text{Pontuação Total} = \frac{\text{Pontuação Total do Desempenho ou da Satisfação}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Problemas}}$	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___

PASSO 5: COMPUTANDO OS ESCORES DE MUDANÇA

Calcule as mudanças, subtraindo a pontuação obtida na avaliação da obtida na reavaliação.

Mudança no Desempenho = Pontuação do Desempenho 2 ___ – Pontuação do Desempenho 1 ___ = ___

Mudança na Satisfação = Pontuação da Satisfação 2 ___ – Pontuação da Satisfação 1 ___ = ___

ANOTAÇÕES ADICIONAIS E OBSERVAÇÕES

Avaliação inicial:

Reavaliação:

¹Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Lúcia C. Magalhães, Wilton V. Magalhães e Ana Arnela Cardoso.

²Publicado pelo CBO1 Publicações ACE © M. Law, S. Baptista, A. Cassell, M. A. McColl, H. Polunsky, N. Pollock, 2000.

Anexo E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta via deve ficar com o responsável!

Prezado Sr (a).

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que estuda o desenvolvimento infantil. Essa pesquisa faz parte do estudo Infância Saudável, da qual o senhor já participa. Antes de aceitar fazer parte deste estudo, gostaríamos que você conhecesse o que ele envolve.

Qual é o objetivo da pesquisa?

A partir desse estudo queremos avaliar sua percepção sobre o desempenho ocupacional de seu filho.

Como o estudo será realizado?

Caso concorde em participar, você responderá um questionário, em sua casa, com perguntas sobre o desempenho de atividades rotineiras de seu filho. O questionário é feito em forma de entrevista semiestruturada e leva, em média, quinze minutos para preenchimento.

Quais são os riscos em participar?

Os riscos são mínimos. O instrumento pode causar algum grau de desconforto e cansaço, caso ultrapasse mais de 45 minutos. Entretanto, o senhor poderá abandonar o estudo quando achar pertinente, muito cansativo ou inoportuno. A entrevista pode gerar algum grau de frustração com relação à identificação da percepção do desempenho das crianças.

Confidencialidade:

Todas as informações fornecidas serão confidenciais e seu nome e dados não serão divulgados.

Item importante!

A participação de vocês no estudo será voluntária e sem despesa alguma. Como dito anteriormente, o senhor (a) terá a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como pedir maiores informações sobre os procedimentos realizados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas. Você ficará com uma cópia deste documento com o contato dos pesquisadores responsáveis, podendo procurá-los para tirar suas dúvidas em qualquer momento. Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado por nome.

O que eu ganho com este estudo?

Ao participar do estudo, o senhor estará contribuindo para o desenvolvimento da área de Terapia Ocupacional, que ainda carece de estudos, apesar do razoável número de profissionais no país. A identificação da percepção do desempenho ocupacional das crianças (atividades e dificuldades) por parte dos cuidadores/responsáveis poderá auxiliar no desenvolvimento das crianças. Compreendendo melhor as capacidades e dificuldades das crianças, cuidadores/responsáveis poderão elaborar estratégias colaborativas para o desenvolvimento das crianças.

DECLARAÇÃO:

Eu, _____ declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do responsável pela criança para esclarecer as suas dúvidas.

Para maiores informações entre em contato com Camilla Oleiro da Costa pelo telefone: 8110.0437

Orientador do projeto de pesquisa: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Universidade Católica de Pelotas

Fone: 21288404 - 91330050

Esta via deve ficar com o pesquisador!

DECLARAÇÃO:

Eu, Camilla Oleiro da Costa, pesquisadora deste estudo declaro ter explicado sobre a natureza do mesmo, assim como seus objetivos e procedimentos. Também me coloquei a disposição do responsável pela criança para esclarecer as suas dúvidas, informando meus contatos.

CONSENTIMENTO:

Eu, _____ (nome completo do responsável), autorizo minha participação nesse estudo. Declaro ter recebido uma cópia desse consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Assinatura do responsável: _____

Telefones para contato: _____ / _____ / _____

Pelotas, ____ de _____ de 20__.

Anexo F: Adendo enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

Carta de Adendo

**À Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP
Universidade Católica de Pelotas**

Tipo de alteração: Adendo

Projeto de Pesquisa: Infância saudável em contexto: uma investigação multidisciplinar

Responsável pelo projeto: Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Autores: Camilla Oleiro da Costa

Processo CEP: Nº 843.526

CAAE: 27696014.3.0000.5339 1685239

Faço o pedido de adendo de inclusão de objetivos específicos, acréscimo de instrumento e alteração do TCLE do projeto de pesquisa supracitado. Tal solicitação se faz necessária pelos motivos: adequações mediante execução do estudo piloto e ampliação do caráter multidisciplinar da investigação.

Pelotas, _____ de agosto de 2016.

Atenciosamente,

Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes apresentam altas taxas de prevalência, podendo variar entre 7 e 12,5%¹. Crianças com transtornos mentais podem apresentar prejuízo no desempenho funcional e problemas no funcionamento social e na execução das tarefas diárias, como atividades escolares e brincadeiras^{2, 3}. A cognição é um sistema dinâmico e complexo que se refere às habilidades intelectuais, as quais incluem a memória, o pensamento, o raciocínio, a linguagem, a resolução de problemas e a tomada de decisão⁴. O desempenho ocupacional, por sua vez, é a habilidade que os indivíduos têm de realizar atividades rotineiras e de desempenhar papéis e tarefas⁵.

Muitos fatores podem estar relacionados aos problemas de saúde mental e de desempenhos cognitivo e ocupacional em crianças, incluindo aspectos biológicos e fatores sociais associados às crianças e aos cuidadores. Estudos para o conhecimento de populações acometidas por agravos são essenciais ao desenvolvimento de ações de saúde focadas em problemas específicos e de interesse e responsabilidade da Atenção Básica⁶.

Objetivos específicos incluídos

- Traçar o perfil sociodemográfico da amostra de crianças escolares de 8 anos e da amostra de cuidadores das crianças;
- Identificar a percepção do desempenho ocupacional e capacidades e dificuldades comportamentais das crianças escolares de 8 anos a partir da visão dos cuidadores;
- Avaliar a inteligência das crianças da amostra através das avaliações de quociente de inteligência total, quociente de execução e quociente verbal;
- Verificar se há correlação entre a percepção dos cuidadores sobre o desempenho ocupacional das crianças e os quocientes de inteligência das mesmas;
- Verificar se há correlação entre a percepção dos cuidadores sobre o desempenho ocupacional das crianças e as dificuldades e capacidades comportamentais das mesmas.

Metodologia

Estudo de delineamento transversal que correlacionará dados de duas categorias (crianças escolares de 8 anos e cuidadores).

- Participantes, tipo de amostragem e cálculo de tamanho de amostra: O presente estudo tem dois grupos de participantes. O primeiro grupo será formado por alunos de escola pública nascidos em 2008, ou seja, com idade de 8 anos completos ou incompletos, frequentando o segundo e/ou terceiro ano de escolas municipais de Pelotas. O segundo grupo será formado pelos cuidadores (pai, mãe ou responsável) das crianças da amostra. Trata-se de uma amostra probabilística aleatória simples de crianças escolares de 8 anos participantes do Estudo Infância Saudável. Cada criança participante do Estudo Infância Saudável recebe um número de identificação (a amostra estimada é de 415 crianças em 20 escolas municipais de Pelotas). Desses 415 indivíduos identificados serão sorteadas, de forma aleatória, 45% de crianças de cada escola participantes do Estudo Infância Saudável, até que se atinja o número desejado para composição da amostra. A amostra de cuidadores será composta pelos respectivos responsáveis das crianças sorteadas para o estudo. *Tamanho da amostra:* Para uma correlação de 0,30, entre quociente de inteligência e desempenho ocupacional, com nível de significância de 95%, poder de 80, α bilateral = 0,05 e β = 0,20, estima-se uma amostra de 85 pessoas. Para comparação das médias e uso do teste t, entre dificuldade e capacidades e desempenho ocupacional, com nível de significância de 95%, poder de 80, α bilateral = 0,05 e β = 0,20, estima-se uma amostra de 176 pessoas⁷.

- Procedimentos: Dentre as crianças que vêm sendo avaliadas desde meados de 2015, será feito um sorteio aleatório para compor a amostra de conveniência. Os responsáveis/cuidadores das crianças sorteadas serão contatados e mediante aceitação em participar do estudo, serão incluídos na amostra. Dados sociodemográficos dos cuidadores serão utilizados do instrumento geral do projeto Infância Saudável. Ressalta-se, portanto, que esses

mesmos cuidadores poderão já ter participado da etapa de avaliação do projeto Infância Saudável, mas o instrumento para avaliação da percepção de desempenho ocupacional será aplicado em momento diferente.

- Análise de dados: Os dados serão registrados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel para Windows. Serão analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0. As variáveis qualitativas serão analisadas por frequência, média e desvio padrão. Para comparação das variáveis dicotômicas e contínuas será utilizado o Teste T. Para análise das variáveis contínuas será utilizado o coeficiente de correlação de Pearson ou de Spearman, a depender a distribuição da amostra.

Instrumento de Medida

Desempenho Ocupacional – inclusão de instrumento para amostra de cuidadores

Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM): Baseada no modelo canadense de desempenho ocupacional e na prática centrada no cliente, trata-se de um protocolo de avaliação, onde o cliente (avaliado) apresenta sua visão e expectativa com relação ao seu desempenho ocupacional. Tem formato de entrevista semiestruturada e avalia, além do desempenho ocupacional de em três áreas distintas, a satisfação do indivíduo na realização das atividades⁸. Dentre as áreas de desempenho ocupacional, o instrumento permite avaliar autocuidado, produtividade e lazer. Na primeira parte da avaliação, o avaliado é convidado a listar dentre as áreas de desempenho ocupacional, atividades que considera problemáticas no que diz respeito a sua execução. Após, o indivíduo deve apontar o grau de importância (numa escala de 1 – menor importância – a 10 – maior importância) a cada problema/atividade apontada. Na segunda etapa da avaliação, o examinado deve selecionar até cinco problemas/atividades mais significativos, atribuindo pontos (também de 1 até 10) para seu desempenho e sua satisfação na execução dos mesmos. Para obtenção do escore é necessário somar os pontos atribuídos ao desempenho e dividir o valor total pelo número de problemas/atividades citadas. O mesmo acontece com a satisfação, resultando

em um escore para o desempenho e outro para satisfação nos problemas/atividades elencadas. O protocolo foi publicado originalmente em 1990, validado por Law et al⁹. No Brasil, Magalhães, Magalhães e Cardoso¹⁰ foram as responsáveis pela tradução e organização do manual de aplicação do instrumento.

Referências bibliográficas

1. Santos V, Fernández A. Child and adolescent mental health services in Brazil: structure, use and challenges. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2014 Out/Dez;14(4):319-29.
2. Tszesnioski LC, Nóbrega KBG, Lima MLLT, Facundes VLD. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015;20(2):363-70.
3. Florey L. Disfunção psicossocial na infância e adolescência. In: Neistadt ME, Crepeau EB [organizadores]. *Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 580-591.
4. Grieve J. *Neuropsicologia em Terapia Ocupacional*. 2ª edição. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2006. Capítulo 2, Percepção e Cognição na Atividades Humanas; p.13-19.
5. Medeiros TML, Matos RMA, Correia NB, Lima ACD, Albuquerque RC. Desempenho ocupacional de adolescentes escolares com excesso de peso. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2014 Set/Dez;25(3):279-88.
6. Souza MLP. Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica do Brasil, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016 Abr/Jun;25(2):405-10.
7. Brownwer WS, Newman TB, Hulley SB. Estimando o tamanho de amostra e o poder estatístico: aplicações e exemplos. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica*. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 59-88.

8. Caldas ASC, Facundes VLD, Silva HJ. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo* 2011 Set/Dez; 22(3):238-244.
9. Law M, Baptiste S, McColl MA, Opzomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: Na Outcome Measure of Occupational Therapy. *Can. J. Occup. Ther* 1990; 57(2):82-87.
10. Magalhães LC, Magalhães LV, Cardoso AA. Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) [Tradução e Organização]. Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

Anexo G: Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Pelotas, 15 de abril de 2015.

Venho por meio deste atestar que o projeto Atividade Física, Função Cognitiva e Marcadores Bioquímicos” financiado pela FAPERGS do professor Dr. Ricardo Silva está inserido no projeto intitulado “Infância Saudável em Contexto: uma Investigação Multidisciplinar” aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (parecer 843.526).



Barbara Coiro Spessato