

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL DAS ESCALAS INFANTO-JUVENIS DO ADAPTIVE BEHAVIOR ASSESSMENT SYSTEM (ABAS-3)

Fernanda M. B. Bueno (IC) e Maria Cristina T. V. Teixeira (Orientadora)

Apoio: PIBIC CNPq

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo realizar a tradução para o português brasileiro e adaptação cultural para o Brasil dos formulários infanto-juvenis do ABAS-3, que avaliam o funcionamento adaptativo. Realizou-se a tradução e a sua síntese, e foi enviada para análise para 33 juízes, profissionais experts, uma escala para cada. Os dados coletados na análise realizada pelos profissionais foram analisados mediante a utilização do software R, e os itens dos formulários para pais/cuidadores e professores que apresentaram discrepância significativa, tendo em vista os critérios estabelecidos, corresponderam à 7,4% (66) do número total (882). Os critérios que apresentaram um número maior de itens com a pontuação fora da nota de corte foram Gramática e Escrita e Soma de todos os critérios. Os 66 itens que apresentaram discrepância significativa em um ou mais critérios passaram pela revisão de um conselho de especialistas, e após sua deliberação, optaram pela modificação parcial (MP) de 71,2% (47) dos itens, enquanto os outros permaneceram com a mesma grafia. O formulário com mais itens modificados foi o de Pais/Cuidadores (0-5 anos), com 20 itens parcialmente alterados. Do total de enunciados, apenas 5,3% precisaram de alteração para a segunda versão dos formulários infanto-juvenis do ABAS-3, uma proporção considerada satisfatória nos processos de tradução e adaptação cultural do instrumento. Os resultados do estudo mostram propriedades psicométricas adequadas para uso dos inventários em contexto de pesquisa no Brasil.

Palavras-chave: Tradução e adaptação cultural. Funcionamento adaptativo. ABAS-3.

ABSTRACT

This study aimed to translate to brazilian portuguese and culturally adapt to brazilian context the ABAS – 3 forms for children, adolescents and young adults, an assessment that evaluates adaptive behaviour in people. It was translated and both versions were synthetized in one. The first version was examined by 33 judges, expert professionals, one scale per judge. The collected data from the professionals were analysed through software R, and the parent/caregiver and teachers' forms that presented significant discrepancy, based on the criterias established, were 7,4% (66) of the total number (882). The criterias with more itens out of the established limit were Grammar and Writing and the Sum of all criteria. The 66 itens

with significant discrepancy in one or more criteria were revised by a specialist council, and after their deliberation, they decided to partially modify 71,2% (47) of the problematic items, while others stayed the same. The form with more altered items was the Parent/Caregiver (0-5 years old), it had 20 partially altered items. Only 5,3% of the items needed to be modified for the second version of the ABAS-3 forms for children, adolescents and young adults, an amount considered satisfactory in view of the assessment translation and cultural adaptation process. Study results show psychometric properties suitable for use in a research context in Brazil.

Keywords: Translation and transcultural adaptation. Adaptive behaviour. ABAS-3.

1. INTRODUÇÃO

O Funcionamento Adaptativo (FA) corresponde a um conjunto de habilidades que são necessárias para que o indivíduo possa desempenhar tarefas e atividades de rotina do dia a dia e, muitas dessas habilidades estão vinculadas ao contexto cultural, a oportunidades, expectativas e padrões de desenvolvimento (AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES/AAIDD, 2010). O construto Funcionamento Adaptativo passou a substituir o termo habilidades adaptativas, contemplando três domínios distintos (conceitual, social e prático) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION/APA, 2014; HARRISON & OAKLAND, 2003). O domínio social abrange competências relativas a habilidades de comunicação, compreensão da subjetividade alheia, empatia, amizades e julgamento social. O domínio prático refere-se àquelas habilidades referentes à autogestão pessoal, realização de tarefas como autocuidado e organização de afazeres, e o domínio conceitual engloba competências relevantes para o desenvolvimento da vida acadêmica do sujeito, implicando diferentes habilidades cognitivas como leitura, escrita, linguagem, memória, raciocínio matemático e outros (APA, 2014).

Déficits no FA podem restringir a pessoa em sua vida cotidiana, interferindo negativamente na independência e participação social em diversos ambientes, como em casa, na escola, trabalho e comunidade (MECCA et al., 2015). Geralmente, o FA está comprometido em níveis variados em diversas condições de saúde, dentre elas, deficiências físicas e intelectuais. Pela importância do FA, na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5) (APA, 2014), o mesmo faz parte dos fatores envolvidos no diagnóstico e prognóstico de alguns transtornos do neurodesenvolvimento, como é o caso da Deficiência Intelectual (DI), tanto por meio da avaliação clínica como da avaliação normatizada (APA, 2014).

Os transtornos do neurodesenvolvimento, em sua maioria, têm a manifestação de seus sintomas nos primeiros anos do desenvolvimento, antes que a criança inicie a escolarização formal. Sinais e sintomas da maior parte desses transtornos prejudicam o funcionamento pessoal, social e acadêmico na infância, bem como ocupacional ou profissional na idade adulta (APA, 2014). Alguns dos transtornos do neurodesenvolvimento do DSM-5 que contemplam a avaliação do FA são a DI, já mencionada anteriormente, os transtornos da comunicação, Transtorno do Espectro Autista e o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (APA, 2014). Todos eles comprometem o FA em graus variados (APA, 2014).

De todos esses transtornos do neurodesenvolvimento, a DI é a condição na qual a avaliação do FA é essencial, pois faz parte do quadro clínico de déficits em funções

intelectuais e déficits no FA (APA, 2014). Com isso, para que esta condição seja diagnosticada, a criança deve apresentar déficits em funções cognitivas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem, além de déficits em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação à independência pessoal e responsabilidade social (APA, 2014). Em razão disso, o manual DSM-5 estabelece que o FA na DI é parte dos sinais clínicos, bem como da determinação do grau de gravidade do transtorno e níveis de apoio que serão necessários para atender a pessoa acometida pela DI.

No DSM-5, preconiza-se o uso de instrumentos padronizados para a avaliação do FA, ressaltando a necessidade de serem instrumentos normatizados e com propriedades psicométricas adequadas (APA, 2014). Neste sentido, é essencial o desenvolvimento ou adaptação de instrumentos que avaliem habilidades práticas, demandadas diariamente pelo ambiente do indivíduo, como a capacidade de cuidar de si mesmo de forma efetiva e independente, bem como de interagir com os outros (AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION/AAMR, 2002; HARRISON & OAKLAND, 2003).

Sabe-se que nas edições anteriores ao DSM-5, o grau de gravidade na DI era definido de acordo com Quociente Intelectual (QI) ou outras medidas correlatas (ARMSTRONG, HANGAUER & NADEAU, 2012), e caracterizava-se como leve, moderado, grave e profundo. As classificações tinham finalidade diagnóstica e fundamentavam o nível de suporte/assistência necessários, alocação de recursos, seleção de indivíduos para pesquisa e até mesmo finalidades legais (SHEVELL, 2008). Entretanto, o uso exclusivamente de testes de inteligência poderia limitar a interpretação a respeito do nível de gravidade da deficiência intelectual, uma vez que os escores tendem a não ser tão válidos na extremidade inferior da variação do QI (APA, 2014). Com o DSM-5, os níveis de gravidade da DI passaram a ser estabelecidos com base na avaliação do FA, aproximando a atualização com os critérios clínicos da DI e, ainda, compatibilizando-se com diretrizes de organizações, tais como a Organização Mundial de Saúde/OMS (2000), a *Association on Intellectual and Developmental Disabilities/AAIDD* (2010) e outras. A avaliação do FA torna-se necessária e de extrema relevância para a indicação de intervenções apropriadas, para a criação de políticas de saúde pública e para a realização de pesquisas (MAENNER et al., 2013).

Os níveis de gravidade de acordo com os prejuízos no FA também variam de leve a profundo e devem ser operacionalmente definidos a partir de uma pontuação abaixo de dois desvios-padrão em relação à média no score geral, ou em apenas um dos domínios específicos (AAMR, 2002). Além do score geral de funcionamento adaptativo semelhante ao QI (com média 100 e DP = 15), um mesmo indivíduo pode apresentar níveis de gravidade distintos em cada domínio (conceitual, social e prático), indicando um perfil de forças ou

capacidades e fraquezas na adaptação, tal como pode ser observado em habilidades cognitivas. Isto auxilia na elaboração, monitoramento e verificação da eficácia de programas de intervenção (HARRISON & OAKLAND, 2015).

Alterações no FA podem ser observadas em diversas condições associadas ao desenvolvimento infantil, além da própria DI (GROSSMAN, 1983; HAYES & FARNILL, 2003; HARRISON & OAKLAND, 2003; SPARROW, CICCHETTI & BALLA, 2005; STRYDOM et al., 2009; APA, 2014), tais como nos Transtornos do Espectro Autista, no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, bem como condições biológicas que causam DI como a Síndrome de Tourette, Síndrome de Rett, Síndrome de Williams-Beuren e Síndrome Alcohólica Fetal (ROIZEN et al., 1994; MERVIS, KLEIN-TASMAN & MASTIN, 2001; SUKHODOLSKY et al., 2003; KOLLINS et al., 2006; CARR, AGNIHOTRI & KEIGHTLEY, 2010; VIGNOLI et al., 2010; HEDVALL et al., 2013; RIVARD et al., 2015).

Em suma, a avaliação do FA é necessária em diferentes contextos, sendo um deles o processo diagnóstico de DI, a identificação da gravidade dos sintomas, bem como o delineamento e monitoramento de intervenções. E, apesar desta diretriz da 5ª edição do DSM-5, no Brasil não existem instrumentos na língua portuguesa do país devidamente traduzidos e adaptados culturalmente que possam avaliar o FA de acordo com parâmetros científicos estabelecidos internacionalmente. Concordantemente, a problemática deste projeto será embasada na seguinte pergunta de pesquisa: quais os indicadores de validade de construto da tradução e adaptação dos formulários para pais e professores, destinados à população infanto-juvenil da 3ª edição do *Adaptive Behavior Assessment System* (ABAS-3) para a língua portuguesa?

Desta forma, este projeto visa preencher esta lacuna no contexto da avaliação do FA, a partir da tradução, adaptação cultural e evidência de validade da versão em português do Brasil dos quatro formulários destinados à população infanto-juvenil da 3ª edição do *Adaptive Behavior Assessment System* (ABAS-3) (HARRISON & OAKLAND, 2015).

Este projeto faz parte de projeto maior que está sendo conduzido, desde agosto de 2020, em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), que, conjuntamente, tem como foco os formulários para a população adulta e normatização de todo o sistema para a população brasileira, sob coordenação da profa. Dra. Tatiana Pontrelli Mecca em associação com a Profa. Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, orientadora desta Iniciação Científica. Para a realização deste projeto foi necessário a execução de Contrato com a Editora de testes Hogrefe de São Paulo, vinculada à *Western Psychological Services* (WPS), detentora dos direitos autorais do ABAS-3, que autorizou a

execução do projeto, através de parceria firmada com as pesquisadoras envolvidas, citadas anteriormente.

Os objetivos dessa pesquisa foram:

- a) Traduzir para o português do Brasil os formulários do *Adaptive Behavior Assessment System/ABAS-3*, destinados a crianças e adolescentes e adultos jovens.
- b) Executar a síntese das versões traduzidas e sua adaptação cultural e verificar sua qualidade mediante análise de experts em função de critérios semânticos, idiomáticos, conceituais e contextuais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Mecca et al. (2015), no Brasil, os estudos sobre o FA são recentes e, apesar do crescente número de publicações, não são consideradas as diferentes áreas em que o construto se faz presente e é importante ser investigado. A autora, a partir de estudo de revisão, verificou que no País há carência de instrumentos de avaliação de FA que sejam devidamente validados e normatizados. Nessa revisão, os estudos que tiveram instrumentos como foco limitaram-se à sua tradução, havendo apenas um relato de investigação de evidências de validade de um único instrumento (MECCA et al., 2015).

Dentre os instrumentos padronizados que avaliam o FA e auxiliam no diagnóstico da DI, está o *Diagnostic Adaptive Behavior Scale* (DABS; TASSÉ et al., 2016). Produzido originalmente nos Estados Unidos, avalia indivíduos entre 4 e 21 anos de idade e baseia-se nos três domínios do FA, conceitual, prático e social. Os itens, 75 no total, são respondidos de acordo com uma escala de 0 a 3, sendo 0 = não, nunca ou raramente faz tal atividade e 3 = sim, faz sempre ou quase sempre, de forma independente (TASSÉ et al., 2016). Já a *Vineland Adaptive Behavior Scales* (VABS) (SPARROW, BALLA & CICCHETTI, 1984) corresponde a outro teste padronizado que avalia o FA. Possui dois formulários, um respondido pelos pais ou cuidadores da pessoa avaliada, que pode ser aplicado em indivíduos desde o seu nascimento até os 90 anos de idade, e um preenchido por professores, direcionado para a faixa etária dos 3 anos aos 21. A VABS avalia as habilidades motoras, de comunicação, socialização e relativas à vida cotidiana do sujeito (YANG, PAYNTER & GILMORE, 2015). Sua terceira edição foi lançada em 2016, e é comercializada também na língua espanhola. No Brasil, a última versão do VABS é comercializada na língua portuguesa, contudo não há estudos de adaptação cultural para o contexto brasileiro ou relacionados à evidência de validade psicométrica.

O ABAS (*Adaptive Behavior Assessment System/Sistema de Avaliação de Comportamentos Adaptativos*) – 3ª Edição (HARRISON & OAKLAND, 2015), é um sistema constituído por um conjunto de formulários que abrangem desde crianças recém-nascidas até

a idade adulta avançada (89 anos), e avalia habilidades relacionadas às demandas familiares, escolares, de trabalho e comunitárias. O ABAS-3 contém formulários para pais ou responsáveis (dividido em 3 grupos etários: 0 a 5 anos, 5 a 21 anos e 16 a 89 anos), assistentes maternos ou professores da pré-escola (para crianças de 2 a 5 anos), professores (para indivíduos de 5 a 21 anos), além de um instrumento de autorrelato (para indivíduos entre 16 e 89 anos). Os respondentes classificam os itens indicando se o indivíduo é capaz de realizar um comportamento de forma independente e, em caso afirmativo, com que frequência o comportamento é realizado. O ABAS-3 mede o adaptativo em três escalas: a) Escala do Composto Adaptativo Geral (ou *General Adaptive Composite* - GAC), formado por todas as áreas de habilidades avaliadas, fornecendo uma estimativa geral do comportamento adaptativo; b) Escalas específicas dos três domínios adaptativos. A saber: conceitual (habilidades acadêmicas, gerenciamento e realização de tarefas), social (comportamentos necessários para envolvimento em interações interpessoais, com responsabilidade social) e prático (comportamentos necessários para atender às necessidades pessoais e de saúde, de cuidados de casa, sala de aula ou configurações de trabalho, além do funcionamento em comunidade); c) Escala de habilidades adaptativas distribuídas em: comunicação, uso do ambiente comunitário, conhecimento acadêmico ou pré-acadêmico, vida no ambiente domiciliar, saúde e segurança, lazer, autocuidado, autodireção, social, trabalho (para adolescentes e adultos) e motora (para crianças de 0 a 5 anos) (HARRISON & OAKLAND, 2015).

O sistema ABAS-3 é original da língua inglesa, mas já foi traduzido, adaptado e validado para outros idiomas. Por exemplo, para o contexto árabe em Omã, estudo no qual apenas o formulário dos professores (5 a 14 anos) foi validado, utilizando uma amostra de crianças e adolescentes com DI, com idades entre 5 e 14 anos. Apesar da discrepância cultural entre o Ocidente e o Oriente, foram encontrados dados que indicaram várias semelhanças em indicadores de habilidades para atividades cotidianas que caracterizam o crescimento e desenvolvimento de crianças de diferentes culturas (EMAM et al., 2019). Os coeficientes Alfa de Cronbach, indicativos de consistência interna, foram excelentes, maior que 0.90 para as 9 subescalas de funcionamento adaptativo avaliadas (EMAM et al., 2019).

Outras adaptações do ABAS-3 foram desenvolvidas na Romênia e em Taiwan. Oakland et al. (2015) realizou uma comparação entre os coeficientes Alfa de Cronbach relativos à consistência interna das versões romena, taiwanesa e a original estadunidense. Apenas o formulário para os pais, próprio para indivíduos de idades entre 5 e 21 anos, foi traduzido e culturalmente adaptado para esses dois países. Na Romênia, o número de pais colaboradores no estudo foi 801, e em Taiwan o número foi 660. As crianças avaliadas tinham idades dentro dos intervalos dos 7 aos 16 anos de idade. Os coeficientes Alfa relacionados à

confiabilidade do domínio Adaptativo Geral do ABAS-2 foram altos, 0.98 e 0.99 para os questionários romeno e taiwanês, respectivamente. Ademais, os coeficientes Alfa de Cronbach encontrados para os outros três domínios (social, prático e conceitual) também foram elevados: entre 0.95 e 0.96 para a Romênia, e 0.98 para Taiwan. O mesmo foi identificado nos coeficientes das nove escalas de funcionamento adaptativo, a saber, entre 0.90 e 0.93 para a versão romena, e entre 0.92 e 0.96 para a versão taiwanesa (OAKLAND et al., 2015).

Já a segunda versão do sistema ABAS (ABAS-II), foi adaptada para o contexto cultural e linguístico dos indígenas ao norte da Austrália (DU PLESSIS, 2017). Esta adaptação abrangeu somente o formulário para os professores (*Adaptive Behavior Assessment System - Indigenous Australian Model* (ABAS-IAAM)). O estudo de validação dessa versão foi realizado a partir de uma amostra de 120 alunos indígenas australianos, entre 5 e 14 anos de idade. A consistência interna do instrumento foi analisada de acordo com o coeficiente Alfa de Cronbach. Os domínios social e conceitual obtiveram resultados classificados como excelentes, seus escores 0.92 e 0.94, respectivamente. Já a consistência interna do domínio pessoal obteve um coeficiente Alfa médio de 0.78, categorizado como satisfatório. Em relação ao domínio mais geral do ABAS-IAAM, o escore alcançado foi 0.94, considerado excelente, também.

3. METODOLOGIA

Formulários infanto-juvenis do ABAS-3

O formulário para pais/cuidadores (0-5 anos) possui 247 itens, o formulário para pais/cuidadores/responsáveis (5-21 anos) possui 232 itens, o formulário destinado a professores/assistentes maternas (2-5 anos) possui 239 itens e o formulário para professores (5-21 anos) possui 179 itens. Para todos os formulários os itens são distribuídos em 10 escalas que avaliam habilidades específicas, com exceção do formulário para professores/assistentes maternas, destinado a crianças de 2 a 5 anos de idade, que não possui a escala de Uso de recursos comunitários, diferentemente dos outros três questionários. Os quatro formulários possuem as escalas de Comunicação, Saúde e segurança, Lazer, Autocuidado, Autorregulação e Social. No caso dos dois formulários para pais/cuidadores/responsáveis, inclui-se a escala de Vida domiciliar, enquanto nos formulários para professores de ambas as faixas etárias inclui-se a escala de Vida escolar. Ainda, em ambos os formulários destinados ao público infantil mais jovem (de 0 a 5 anos e de 2 a 5 anos) estão presentes as escalas Motora e de Habilidades Pré-acadêmicas Funcionais, enquanto os formulários para pais/cuidadores/responsáveis e professores, correspondentes à faixa

etária de 5 a 21 anos, possuem as escalas de Habilidades acadêmicas Funcionais e de Trabalho.

A escala de pontuação é de tipo *likert*, pontuada entre 0 e 3 pontos, sendo 0 indicador de que a pessoa não consegue realizar, não possui habilidades, não foi ensinado, possui alguma limitação que o impeça ou é muito novo para executar tal comportamento, e 3 indica que 'sempre ou quase sempre o faz quando necessário'. A partir da pontuação 1 considera-se que a pessoa é capaz de realizar o comportamento sem que precisem lembrá-la ou ajudá-la. Em cada item respondido o pai/cuidador ou professor deve informar se a resposta dada foi estimada ou especulada, ou seja, se não possui certeza do comportamento, devido à falta de oportunidade de observação do determinado comportamento na pessoa em avaliação ou se baseou-se em comportamentos semelhantes ao que está sendo investigado, mas não exatamente o mesmo comportamento em questão. A soma das respostas (0, 1, 2 ou 3) corresponde ao score bruto da escala, que é convertido em score ponderado de acordo com a idade do indivíduo. Em seguida, os scores ponderados de cada escala são somados, resultando os scores totais dos três domínios – Prático, Conceitual e Social – e possibilitando chegar ao Índice Geral Adaptativo/GAC (HARRISON & OAKLAND, 2015).

Delineamento para Tradução Adaptação Cultural

Após a aquisição dos direitos autorais do instrumento, foi realizada a tradução dos formulários do ABAS-3 destinados a crianças e adolescentes. Foram traduzidos os seguintes formulários do ABAS-3: a) *Parent/Primary Caregiver Form* (0 a 5 anos); b) *Teacher/Daycare Provider Form* (0 a 5 anos); c) *Parent Form* (5 a 21 anos); d) *Teacher Form* (5 a 21 anos). Em seguida foi realizada a síntese das traduções em uma primeira versão dos questionários, que passou pela análise de 33 juízes, profissionais da saúde com atuação da área de transtornos do neurodesenvolvimento. Este processo foi realizado de acordo com os estágios ou etapas abaixo, seguindo as recomendações de Borsa, Damásio & Bandeira et al. (2012). Mediante contrato de Pesquisa, a editora Hogrefe (<https://www.hogrefe.com.br/>), detentora dos direitos de propriedade intelectual da terceira edição do instrumento no Brasil, concedeu direitos autorais à professora orientadora para a realização da tradução e adaptação cultural dos questionários correspondentes ao público infantojuvenil do instrumento.

1. Tradução independente por dois profissionais. Os procedimentos realizados neste processo alinham-se com os critérios recomendados pelo International Test Commission (ITC; 2017). Ambos os tradutores são nativos em língua portuguesa e proficientes em língua inglesa. Além disso, um dos tradutores possui, além da proficiência, formação em Psicologia e especialização na área do desenvolvimento infantil, já o outro atua na área da saúde. O

objetivo relacionado à pesquisa atrelada ao material era conhecido por apenas um dos profissionais.

2. Síntese das duas traduções. Realizada após a etapa anterior, a partir da comparação entre ambas as versões redigidas em português do Brasil, considerando a equivalência dos aspectos semânticos, idiomáticos, conceituais, linguísticos e contextuais. Esta etapa foi realizada por dois profissionais da Psicologia, ambos com título de doutor e com especialização em desenvolvimento infantil e avaliação psicológica. Um deles corresponde a orientadora deste projeto.

3. Análise de juízes. Avaliação da versão dos formulários obtida na etapa anterior, realizada por 33 profissionais com formação, titulação de pós-graduação e atuação em áreas relacionadas à saúde e educação, consoantes às habilidades avaliadas pelo ABAS-3, assim como experiência na área de avaliação do desenvolvimento típico, avaliação e intervenção em transtornos do neurodesenvolvimento. Na tabela 1 abaixo estão apresentadas as áreas de formação dos juízes e a que escalas foram escalados para avaliar. Cada uma das 11 escalas constituintes dos questionários infanto-juvenis do ABAS-3 foi analisada por 3 juízes, comparando as versões original e traduzida, de acordo com o Formulário de Revisão de Adaptação e Tradução de Itens (HAMBLETON & ZENISKY, 2010), recomendado pelo ITC (2017) como meio de averiguar a qualidade da adaptação cultural de um instrumento trazido para uma nova língua, diferente da sua original, que avalia o processo de tradução pelas seguintes categorias: Geral, Formato do Item, Gramática e Escrita, Trechos de Apoio e Cultura. Nesse momento, o objetivo foi identificar se a síntese das traduções do instrumento era suficientemente abrangente para ser aplicada nos diferentes contextos brasileiros, garantir a compreensão pelo público a que se destina (BORSA, DAMÁSIO & BANDEIRA, 2012) e apontar se era necessário fazer alterações na formulação dos itens.

A análise dos dados dos resultados obtidos a partir da avaliação dos juízes será apresentada na sequência, tendo sido apontada a necessidade de alteração de determinados itens, como instruções ou trecho de apoio, do instrumento traduzido. A revisão desses itens e as modificações foram realizadas por 3 experts no tema, em conjunto.

Tabela 1. Distribuição da área de formação do comitê de especialistas para a avaliação dos formulários em função dos tipos de comportamentos adaptativos avaliados pelas escalas.

Escalas dos Formulários	Formação dos Especialistas
Comunicação	CO1 – Psicólogo.
	CO2 – Pedagogo.
	CO3 – Fonoaudiólogo.
Uso de Recursos Comunitários	URC1 – Terapeuta Ocupacional.
	URC2 – Psicólogo.
	URC3 – Psicólogo

Tabela 1. Distribuição da área de formação do comitê de especialistas para a avaliação dos formulários em função dos tipos de comportamentos adaptativos avaliados pelas escalas. – Continuação.

Vida Escolar/Vida Domiciliar	VE/VD1 – Terapeuta Ocupacional. VE/VD2 – Psicólogo. VE/VD3 – Psicólogo.
Saúde e Segurança	SE1 – Enfermeiro. SE2 – Psicólogo. SE3 – Psicólogo.
Lazer	L1 – Psicólogo. L2 – Psicólogo. L3 – Terapeuta Ocupacional.
Habilidades acadêmicas Funcionais/Habilidades pré-acadêmicas Funcionais	HCF1 – Psicólogo. HCF2 – Psicólogo. HCF3 – Pedagogo.
Autocuidado	AU1 – Enfermeiro. AU2 – Terapeuta Ocupacional. AU3 – Terapeuta Ocupacional.
Autorregulação	AR1 – Psicólogo. AR2 – Psicólogo. AR3 – Psicólogo.
Social	S1 – Psicólogo. S2 – Pedagogo. S3 – Psicólogo.
Motor	M1 – Psicólogo. M2 – Fisioterapeuta. M3 – Educador Físico
Trabalho*	T1 – Médico. T2 – Terapeuta Ocupacional. T3 – Terapeuta Ocupacional.

Legenda: C=Comunicação; URC=Uso de recursos comunitários; VE/VD=Vida escolar/Vida domiciliar; L=Lazer; HCF=Habilidades acadêmicas Funcionais/Habilidades pré-acadêmicas Funcionais; AU=Autocuidado; AR=Autorregulação; S=Social; M=Motor; T=Trabalho.

Procedimento de análise de dados

Para as respostas dos 33 especialistas seguindo o questionário de Hambleton & Zenisky (2010) foram calculados índices de concordância de Kappa utilizando o pacote EpiCalc/ Epidemiological calculator no software R 2.15.3 (Package epicalc, 2021). Após os cálculos dos índices de concordância de Kappa, a revisão de itens em função das respostas dos 33 especialistas ao questionário de Hambleton & Zenisky (2010) adotou os critérios detalhados na tabela 2. Por exemplo, para o critério 1 (aspecto geral do item) composto por 4 perguntas, o critério de decisão que determinou a revisão de uma instrução ou de item foi um índice Kappa indicativo de duas discordâncias em 12 respostas (quatro perguntas

respondidas por três especialistas); para os critérios 2 e 4 (Formato do item e Trechos de Apoio) composto por 5 perguntas, o critério de decisão que determinou a revisão foi um índice Kappa indicativo de três discordâncias em 15 respostas (cinco perguntas respondidas por três especialistas); para o critério 3 (Gramática e escrita) composto por 6 perguntas, o critério de decisão que determinou a revisão foi um índice Kappa indicativo de duas discordâncias em 18 respostas (seis perguntas respondidas por três especialistas); para o critério 5 (Cultura) composto por 5 perguntas, o critério de decisão que determinou a revisão foi um índice Kappa indicativo de duas discordâncias em 15 respostas.

Tabela 2. Critérios de decisão para a revisão de instrução ou itens a partir dos resultados da análise dos especialistas mediante o questionário de Hambleton e Zenisky (2010).

Categoria Questionário Hambleton & Zenisky, 2010	Ponto de corte da concordância entre juízes	Justificativa da escolha do ponto de corte
Indicador Geral - Soma de todos os critérios	< 1.10	10% de discordância entre juízes.
Critério 1 - Geral	< 1.17	4 perguntas, aceitou-se discordância em 2
Critério 2 - Formato do item	< 1.5	5 perguntas, aceitou-se discordância em 3*
Critério 3 - Gramática e escrita	< 1.12	6 perguntas, aceitou-se discordância em 2
Critério 4 - Trechos de apoio (se existirem)	< 1.5	5 perguntas, aceitou-se discordância em 3*
Critério 5 - Cultura	< 1.14	5 perguntas, aceitou-se discordância em 2
Questão 1 do Critério 1 (O item possui o mesmo ou muito semelhante significado nos dois idiomas?)	< 1	Não aceita discordância entre juízes

Legenda: *Aspectos formais, permite maior discordância.

1. RESULTADO E DISCUSSÃO

As respostas dos juízes foram analisadas mediante utilização do software R, e para as análises, as respostas foram dicotomizadas para o que seria esperado (1) e o que indicava algum problema no item (0), sendo assim estabelecidos os critérios apresentados anteriormente na tabela 2. Os itens que não atingiram a pontuação mínima exigida como critério foram revisados por 3 especialistas na área em reunião conjunta e alterados quando necessário.

Na escala de Comunicação, todos os itens que precisaram ser revistos ultrapassaram a nota de corte correspondente ao Critério 3, de Gramática e Escrita (<1.12), dentre eles 4 apresentaram problemas no Critério 1 - Geral (<1.17) e no Indicador Geral - Soma de todos os critérios (<1.10). Na escala de Autorregulação, o critério que apresentou mais defasagem foi, também, o terceiro, totalizando 6 itens revisitados, seguido pelo Indicador Geral com 4, pelo Critério 5 - Cultura (<1.14) com 3 e pela Questão 1 (<1) com 2, alguns compartilhando o mesmo item. Já no formulário Acadêmico/Pré-acadêmico, os 4 itens excederam a pontuação adequada à Questão 1 (<1), sendo 2 deles excedentes com relação ao Critério Geral,

também, e os outros 2 com relação aos Critério 4 - Trechos de Apoio (< 1.5), Critério de Cultura e Indicador Geral. Ainda, o formulário Social apresentou 4 itens com problemas tanto no Critério Geral quanto na Questão 1, além de 2 itens com o Critério de Gramática e Escrita defasado, e 1 do Indicador Geral.

Com exceção do formulário de Lazer, que obteve pontuação dentro do intervalo de corte em todos as categorias do Questionário Hambleton & Zenisky (2010), os formulários de Vida Escolar/Domiciliar e de Uso de Recursos Comunitários obtiveram menos itens com discrepância significativa na avaliação dos profissionais. No caso do primeiro, 2 apenas, um em razão da Questão 1 e o outro em razão do Critério de Gramática e Escrita. Já nos questionários de Uso de Recursos Comunitários, 1 item possuiu discordância significativa quanto à Questão 1, quanto ao Critério de Cultura e o Indicador Geral; o segundo item que passou por revisão desta escala apresentou discordância significativa entre os juízes com relação ao Critério de Gramática e Escrita. Em contrapartida, a escala que apresentou um maior número de itens com a necessidade de serem revistos foi a de Saúde e Segurança. Semelhante às escalas de Comunicação e Autorregulação, o critério mais problemático correspondeu ao 3, presente em 7 dos itens defasados, e foi seguido pelo Indicador Geral com 4, pela Questão 1 com 3 e pelo Critério 2 - Formato do Item (< 1.5) com 2 itens.

Enquanto isso, nos formulários de Autocuidado e Motor todos os itens que necessitaram revisão por parte das especialistas obtiveram uma pontuação excedente na categoria Indicador Geral. No primeiro, 4 dos itens apresentaram discrepância significativa na categoria Questão 1 e Critério Geral, também, e 3 no Critério de Gramática e Escrita; enquanto no Motor 8 itens foram revisados em função do Critério 3, 6 em função do Critério Geral, 3 devido à Questão 1 e 2 pelo do Critério de Cultura. O último formulário é o de Trabalho, e nele houve discordâncias significativas nos Critérios de Gramática e Escrita (2), Indicador Geral (1) e Questão 1 (2).

Os dados acima estão apresentados na tabela 3 abaixo, em que somente foram informadas as pontuações dos itens que não obtiveram o ponto de corte estabelecido e, conseqüentemente, necessitaram revisão. Os itens que obtiveram concordância de juízes satisfatória, mediante utilização dos pontos de corte estabelecidos e não necessitaram de revisão, não constam na tabela.

Dos 882 itens pertencentes aos quatro Formulários de Pais/Cuidadores e de Professores, apenas 66 tiveram pontuação fora da nota de corte em um ou mais critérios, 7,4% do total. As categorias que mais se repetiram como motivo de revisão foram Gramática e Escrita e a Soma de Todos os Critérios, com pontuação incongruente ao intervalo aceito nestes critérios em 47 itens cada, das 11 escalas.

Tabela 3. Pontuação obtida nos critérios do Questionário de Hambleton & Zenisky (2010) pelos itens das escalas que precisaram passar por revisão.

DOMÍNIO	Formulário	Item	Quest1	Crit1	Crit2	Crit3	Crit4	Crit5	IndGeral	
CONCEITUAL	COMUNICAÇÃO	P1C20	1	1,2	1,11	1,16	1,12	1	1,12	
		P2C06	1	1,2	1,11	1,16	1,12	1	1,12	
		P2C12	1	1	1	1,16	1,08	1	1,06	
		T1C16	1	1,2	1,11	1,16	1,12	1	1,12	
		T1C25	1	1	1	1,16	1,08	1	1,06	
		T2C04	1	1,2	1,11	1,16	1,12	1	1,12	
		T2C09	1	1	1	1,16	1,08	1	1,06	
	ACADÊMICO/ PRÉ ACADÊMICO	P1FpA06	1,33	1,25	1	1,05	NA	1	1,07	
		P1FpA09	1,33	1,16	1,44	1,05	1,25	1,16	1,19	
		T1FpA08	1,33	1,25	1	1,05	NA	1	1,07	
		T1FpA13	1,33	1,16	1,44	1,05	1,25	1,25	1,21	
	AUTORREGULAÇÃO	P1Sd12	1	1,08	1	1,11	NA	1,16	1,09	
		P2Sd02	1	1,16	1	1,22	NA	1	1,11	
		P2Sd12	1,33	1,08	1,11	1,11	NA	1,25	1,13	
		T1Sd03	1	1,08	1,11	1,16	NA	1	1,09	
		T1Sd16	1	1,08	1,11	1,16	NA	1	1,09	
		T2Sd07	1	1,16	1	1,16	NA	1	1,09	
		T2Sd13	1,33	1,08	1,11	1,22	NA	1,25	1,17	
		T2Sd17	1	1,08	1,11	1,16	NA	1	1,09	
		T2Sd18	1	1,16	1,33	1,05	NA	1	1,12	
	SOCIAL	SOCIAL	P1Soc03	1	1,16	1	1,22	NA	1	1,11
			P1Soc14	1	1,08	1	1,19	NA	1	1,08
			P1Soc22	1,33	1,29	1	1,05	1	1,08	1,08
			P2Soc21	1,33	1,29	1	1,11	1	1,08	1,1
T1Soc22			1,33	1,25	1	1,11	1	1,08	1,09	
T2soc16			1,33	1,29	1	1,11	1	1,083	1,1	
PRÁTICO	USO DE RECURSOS COMUNITÁRIO	P1CU06	1	1,08	1	1,16	NA	1	1,07	
		T2CU07	1,33	1,16	1	1,11	NA	1,25	1,12	
	VIDA ESCOLAR/ DOMICILIAR	P1HL01	1	1,08	1,11	1,13	NA	1	1,08	
		T1SL08	1,33	1,08	1	1	NA	1	1,01	
	SAÚDE E SEGURANÇA	P1H&S02	1	1,08	1,11	1,16	NA	1,08	1,11	
		P1H&S07	1	1,08	1	1,22	NA	1	1,09	
		P1H&S13	1,33	1,08	1	1,05	NA	1	1,03	
		P1H&S21	1	1	1	1,16	NA	1	1,05	
		P2H&S02	1	1	1,38	1,16	NA	1	1,12	
		P2H&S08	1,33	1,08	1	1,11	NA	1,08	1,07	
		P2H&S10	1	1,08	1	1,16	NA	1	1,07	
		T1H&S05	1	1	1	1,16	NA	1	1,05	
		T1H&S11	1,33	1,08	1	1,05	NA	1	1,03	
T1H&S15	1	1,08	1,55	1,11	1,25	1,08	1,19			
T2H&S01	1	1,08	1,55	1,11	1,16	1,08	1,17			

Tabela 3. Pontuação obtida nos critérios do Questionário de Hambleton & Zenisky (2010) pelos itens das escalas que precisaram passar por revisão – Continuação.

		T2H&S11	1	1	1	1,16	NA	1,08	1,07
	AUTOCUIDADO	P1sc14	1,33	1,45	1	1,05	NA	1,33	1,2
		P1sc17	1,33	1,45	1	1,05	NA	1,33	1,2
		P2Sc13	1	1,16	1,33	1,05	NA	1	1,12
		T1Sc05	1	1	1,44	1,16	NA	1	1,14
		T1Sc15	1,33	1,5	1	1,13	NA	1	1,16
		T1Sc18	1,33	1,5	1	1,05	NA	1,33	1,21
		T2Sc14	1	1,08	1,55	1,22	NA	1	1,19
	MOTOR	P1M03	1	1,25	1,33	1,27	NA	1,08	1,23
		P1M04	1	1,08	1,33	1,11	NA	1	1,12
		P1M07	1	1,25	1,16	1,16	NA	1,08	1,16
		P1M09	1,5	1,37	1,33	1,33	1	1,08	1,22
		P1M12	1,33	1,25	1,33	1,11	NA	1,25	1,21
		P1M16	1	1,16	1,16	1,22	NA	1,08	1,16
		P1M20	1	1,16	1,33	1,11	NA	1	1,14
		P1M26	1	1,08	1,5	1,16	1	1	1,13
		T1M05	1	1,25	1,33	1,27	NA	1,08	1,23
		T1M12	1,33	1,25	1,33	1,11	NA	1,25	1,21
		T1M17	1	1,16	1,16	1,22	NA	1,08	1,16
		T1M22	1	1,16	1,33	1,11	NA	1	1,14
	T1M26	1	1,08	1,5	1,16	1	1	1,13	
	TRABALHO	P2W04	1,33	1,16	1	1,05	NA	1	1,05
		P2W18	1	1	1,11	1,16	NA	1	1,07
		T2W02	1	1,16	1,22	1,16	NA	1	1,13
		T2W05	1,33	1,16	1	1,05	NA	1	1,05

Com relação ao Formato do Item e Trechos de Apoio, ocorreu discrepância significativa em apenas 2 itens de ambos, presentes nos formulários de Saúde e Segurança e Acadêmico/Pré-acadêmico, respectivamente, sendo as categorias com menos incidência de divergências significativas; contudo, vale ressaltar que o Critério 4 não se refere a todos os itens dos questionários infanto-juvenis para pais/cuidadores e professores do ABAS-3, apenas àqueles que apresentam texto de apoio para o enunciado do item.

Durante o processo de revisão pelo comitê de profissionais, os enunciados e trechos de apoio foram alterados quando necessário, sendo os tipos de modificações caracterizadas como Totalmente Modificado (TM), Parcialmente Modificado (PM) e Não Modificado (NM). Na tabela 4 estão dispostos o número de itens modificados em cada uma das escalas, distribuídos entre os formulários e o número total de itens em cada um deles.

Dos 66 itens revisados, 71,2% (47) foram modificados tendo em vista a adequação linguística, estrutural e cultural para a população brasileira. Nos Formulários de

Pais/Cuidadores (0-5 anos) os itens alterados somaram 20, correspondendo à 8,2% do total de enunciados distribuídos entre as escalas.

Tabela 4. Itens modificados das escalas do ABAS-3 de acordo com os quatro Formulários infanto-juvenis para pais/cuidadores e professores.

Formulário de pais/cuidadores 0-5 anos (n total = 241)	Itens modificados (PM)
Habilidades Acadêmicas	2
Autorregulação	1
Motor	7
Social	3
Uso de recursos comunitários	1
Vida acadêmica/domiciliar	1
Autocuidado	2
Saúde e segurança	3
TOTAL	20 (8,2%)
Formulário de pais/cuidadores 5-21 anos (n total = 232)	Itens modificados (PM)
Autorregulação	1
Social	1
Saúde e Segurança	3
Trabalho	2
TOTAL	7 (3%)
Formulário de professores 2-5 anos (n total = 216)	Itens modificados (PM)
Habilidades Acadêmicas	2
Autorregulação	2
Social	1
Vida acadêmica/domiciliar	1
Uso de recursos comunitários	1
Autocuidado	2
Motor	3
TOTAL	12 (5,5%)
Formulário de professores 5-21 anos (n total = 193)	Itens modificados (PM)
Autorregulação	3
Social	1
Uso de recursos comunitários	1
Saúde e segurança	1
Trabalho	2
TOTAL	8 (4,1%)

O maior número de alterações realizadas foi na escala de habilidades Motoras, com 7 itens parcialmente modificados, seguida pelas escalas Social e de Saúde e Segurança com 3 em cada. Quanto aos Formulários de Pais/Cuidadores (5-21 anos), apenas 3% dos itens foram modificados, presentes nas escalas de Autorregulação (1), Social (1), de Saúde e Segurança (3) e Trabalho (2). Já nos Formulários de Professores (2-5 anos) e (5-21 anos), a quantidade de itens modificados é de 5,5% e 4,1% dos totais, respectivamente. No primeiro, a escala Motor apresentou, também, o maior número de itens alterados (3), seguida pelas escalas de Autorregulação, Autocuidado e Habilidades Acadêmicas, com 2 cada; nos Formulários de Professores (5-21) os maiores índices de enunciados alterados corresponderam aos questionários de Autorregulação, com 3 itens parcialmente modificados,

e de Trabalho, com 2. As escalas que não estão presentes na tabela 4 não tiveram itens modificados após a revisão realizada pelos profissionais especialistas.

Dentre as 11 escalas traduzidas e enviadas para os juízes, foram avaliados 882 itens dos formulários infanto-juvenis para pais e professores do *Adaptive Behaviour Assessment System - 3*, e apenas 5,32% precisaram de modificação tendo em vista os critérios estabelecidos com base no Questionário de Hambleton e Zenisky (2010) e a revisão dos três profissionais experts.

Nenhum dos itens alterados foi totalmente modificado, ocorreu apenas a modificação parcial (MP) dos enunciados e trechos de apoio. Em alguns casos, o item reavaliado não sofreu qualquer modificação (NM), optou-se por mantê-lo da mesma forma. Na tabela 5 abaixo estão exemplificados alguns itens, um de cada uma das 11 escalas, que passaram pela revisão do comitê de especialistas e acabaram parcialmente alterados ou não. Este é o caso do item trazido pertencente ao Formulário Acadêmico/Pré-Acadêmico, em que a síntese das traduções é composta pela seguinte grafia: “Canta músicas que falam as letras do alfabeto”, e após a deliberação dos especialistas, foi decidido que a melhor forma de apresentar este enunciado é “Canta músicas do alfabeto”; assim como o item trazido pertencente ao Formulário de Saúde e Segurança: “Aponta para a parte do corpo que dói quando está doente ou machucado(a)”, que não foi modificado.

Tabela 5. Versão final e tipo de modificação de alguns dos itens que não alcançaram a pontuação requerida, em comparação com o item original e com a síntese das traduções.

Domínio Conceitual				
	Item original	Síntese das traduções	Tipo de modificação	Item versão final
Formulário Comunicação	Ex. Uses simple sentences with a noun and verb.	Usa frases com um substantivo e um verbo. (por exemplo, “o cachorro latiu”).	NM	Usa frases com um substantivo e um verbo (por exemplo, “o cachorro latiu”).
Formulário Acadêmico/pré-acadêmico	Ex. Sings the alphabet song.	Canta músicas que falam as letras do alfabeto	PM	Canta músicas do alfabeto.
Formulário Self-Direction	Ex. Stands still when needed, without fidgeting or moving around.	Fica parado(a) quando necessário, sem se mexer ou se movimentar.	NM	Fica parado(a) quando necessário, sem se agitar ou se mexer demais.
Domínio Social				
	Item original	Síntese das traduções	Tipo de modificação	Item final
Formulário Social	Ex. Shows sympathy for others when they are sad or upset.	É simpático(a) com os outros quando estão tristes ou chateados.	PM	Mostra solidariedade com os outros quando estão tristes ou chateados.

Tabela 5. Versão final e tipo de modificação de alguns dos itens que não alcançaram a pontuação requerida, em comparação com o item original e com a síntese das traduções – Continuação.

Domínio Prático				
	Item original	Síntese das traduções	Tipo de modificação	Item final
Formulário Uso de recursos comunitários	Ex. Obeys an adult's request to "don't touch" items when shopping.	Obedece ao pedido de um adulto para "não tocar" em coisas quando está fazendo compras.	PM	Obedece o pedido de um adulto para "não tocar" em coisas quando faz compras.
Formulário Home living/School living	Ex. Removes cookies, chips, or other food from a box or bag.	Retira de uma caixa ou pacote bolachas, salgadinhos ou outra comida.	PM	Retira bolachas, salgadinhos ou outra comida de uma caixa ou embalagem.
Formulário Saúde e Segurança	Ex. Points to the body part that hurts when he or she is sick or injured.	Aponta para a parte do corpo que dói quando está doente ou machucado(a).	NM	Aponta para a parte do corpo que dói quando está doente ou machucado(a).
Formulário Auto-Cuidado	Ex. Remains dry without wetting throughout the day.	Não faz xixi na roupa durante o dia.	PM	Permanece seco sem se molhar de xixi ao longo do dia.
Formulários que não pertencem aos 3 domínios				
	Item original	Síntese das traduções	Tipo de modificação	Item final
Formulário Motor	Ex. Bounces a ball for several seconds.	Bate ou quica uma bola por vários segundos.	NM	Bate ou quica uma bola por vários segundos.
Formulário Trabalho	Ex. Respects the property and rights of other workers.	Respeita as coisas (ou pertences) e direitos de outros colegas.	PM	Respeita os pertences e direitos de outros colegas.

Legenda: NM = Não modificado; PM = Parcialmente modificado.

Ainda, o comitê de especialistas optou por retirar 2 itens que não se adequaram ao contexto cultural brasileiro. Um deles pertencente ao Formulário de Saúde e Segurança para professores (2-5 anos), que corresponde a "Segue as regras de segurança na escola ou creche (por exemplo, alarmes de incêndio)". O outro faz parte do Formulário de Auto-cuidado presente no questionário para Professores (5-21 anos), o item correspondente é: "Veste várias roupas ou uniformes na maioria dos dias, ao invés de repetir a mesma roupa, roupas parecidas ou o mesmo uniforme".

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca e desenvolvimento de instrumentos para avaliação do FA têm sido crescente nas últimas décadas, tendo em vista sua importância para o prognóstico e tratamento de diversos transtornos, como do desenvolvimento e comportamentais, mas principalmente devido sua importância decisiva no diagnóstico e classificação da DI. No Brasil, há uma

carência de ferramentas psicométricas que avaliem tais habilidades traduzidas para o português nacional, culturalmente adaptadas e validadas em estudo, e o ABAS-3 é apto a avaliação dos três domínios - conceitual, social e prático -, diferentemente de outros semelhantes (MECCA et al., 2015; TASSÉ et al., 2016; PROKOPIAK & KIRENKO, 2020). A proporção encontrada referente às necessidades de modificação dos itens foi considerada satisfatória tendo em consideração os processos de tradução e adaptação cultural que o presente trabalho propôs realizar. Uma vez que os resultados encontrados foram excelentes, pode ser recomendado seu uso no contexto de pesquisa. Os próximos passos são realizar um estudo futuro para a verificação da evidência de validade e precisão de todos os formulários do ABAS – 3 destinados à população infanto-juvenil, assim como realizar estudos que visem a sua normatização para a população brasileira.

3. REFERÊNCIAS

- AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES - AAIDD. *World's oldest organization on intellectual disability has a progressive name change*. 2010.
- AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION – AAMR. *Mental retardation: definition, classification, and systems of support*. 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5*. Artmed, Porto Alegre, 2014.
- ARMSTRONG, K., HANGAUER, J., & NADEAU, J. Use of Intelligence Tests in the Identification of Children with Intellectual and Developmental Disabilities. In: D, Flanagan & P. L. Harrison (Eds.). *Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests and Issues*. Press. pp. 726-736. 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA - ABEP. *Critério de classificação econômica Brasil*. 2015.
- BORSA J. C., DAMÁSIO, B. F., & BANDEIRA, D. R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos. *Paidéia*. 22(53), pp. 423-432. Ribeirão Preto. 2012.
- CARR, J. L., AGNIHOTRI, S., & KEIGHTLEY, M. Sensory processing and adaptive behavior deficits of children across the fetal alcohol spectrum disorder continuum. *Alcoholis: Clinical and Experimental Research*, 34(6), pp. 1022-1032. 2010.
- DU PLESSIS, S. *Adaptive Behavior Assessment System: Indigenous Australian Adaptation Model (ABAS:IAAM)*. 361, pp. 163-173. 2017.
- EMAM, M. M. et al. *Assessment of adaptive behaviour in children with intellectual disability in Oman: an examination of ABAS-3 factor structure and validation in the Arab context*. International Journal of Developmental Disabilities, 2019.
- GROSSMAN, H. K. *Classification in mental retardation*. Washington, D.C. American Association on Mental Deficiency. 1983.
- HARRISON, P. & OAKLAND, T. *Adaptive Behavior Assessment System, 2nd Edition (ABAS-II)*. New York, NY: The Psychological Corporation. 2003.
- HARRISON, P. & OAKLAND, T. *Adaptive Behavior Assessment System, 3rd Edition (ABAS-3)*. New York, NY: The Psychological Corporation. 2015.
- HAMBLETON R. K. & ZENISKY, A. Translating and adapting tests for cross-cultural assessment. *Cross-cultural research methods*, pp. 46-74. New York, NY; Cambridge University Press. 2010.
- HAYES, S. & FARNILL, D. Correlation between Vineland Adaptive Behavior Scales with Kaufman Brief Intelligence Test in a Forensic Sample. *Psychological Reports*, 92(2): pp. 573-580. 2003.

- HEDVALL, A. et al. Autism, Processing Speed, and Adaptive Functioning in Preschool Children. *The Scientific World Journal*, 2013.
- INTERNATIONAL TEST COMMISSION. (2017). The ITC Guidelines for Translating and Adapting Testes (Second edition). <https://www.intestcom.org/>. Translation authorized by Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP).
- KOLLINS, S. et al. Rationale, design, and methods of the Preschool ADHD Treatment Study (PATS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(11), pp. 1275-1283. 2006.
- MAENNER, M. et al. Evaluation of an Activities of Daily Living Scale for Adolescents and Adults with Developmental Disabilities. *Disability and Health Journal*, 6(1), pp. 8-17. 2013.
- MECCA, T. P. et al. Funcionamento adaptativo: panorama nacional e avaliação com o adaptive behavior assessment system. *Psicologia: teoria e prática*, 17(2), pp. 107-122. 2015.
- MERVIS, C. B., KLEIN-TASMAN, B. P., & MASTIN, M. E. Adaptive behavior of 4- through 8-year-old children with Williams syndrome. *Journal Information*, 106(1): pp. 82-93. 2001.
- OAKLAND, T. et al. Cross-National Assessment of Adaptive Behavior in Three Countries. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças*, 10ª edição. São Paulo: Edusp. 2000.
- Package 'Epi'. Statistical Analysis in Epidemiology. Version 2.44 (2021). Disponível em: <https://cran.r-project.org/web/packages/Epi/Epi.pdf>. Acesso em 29 de agosto de 2021.
- PASQUALI, Luiz. Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- PEREIRA, M. G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- PROKOPIAK, A. & KIRENKO, J. ABAS-3 – Na instrument for assessing adaptive skills in people with na intelectual disability. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 56(2), p. 154-168. 2020.
- RIVARD, M. et al. Indicators of intellectual disabilities in young children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(1), pp. 127-137. 2015.
- ROIZEN, N. J. et al. Adaptive functioning in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 148(11), p. 1137. 1994.
- SHEVELL, M. Global delay and mental retardation or intellectual disability: Conceptualization, evaluation and etiology. *Pediatrics Clinics of North America*, 5(5), p. 1071-1084. 2008.
- SIEGEL, S. & CASTELLAN JR, N. J. Nonparametric statistics for the behavioral sciences. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 125(3), p. 497. 1988.
- SMITH, R. M. Polytomous Mean-Square Fit Statistics. *Rasch Measurement Transactions*, 10(3), p. 516-517. 1996.
- SPARROW, S. S., BALLA, D. A., & CICCETTI, D. V. Vineland adaptive behavior scales. Circle Pines, MN: American Guidance Service. 1984.
- SPARROW, S. S., CICCETTI, D. V., & BALLA, D. A. *Vineland Adaptive Behavior Scales – Vineland II* (2nd Edition). Circle Pines, MN: Pearson. 2005.
- STRYDOM, A. et al. Oxidative stress and cognitive ability in adults with Down syndrome. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33(1), pp. 76-80. 2009.
- SUKHODOLSKY, D. G. et al. Disruptive behavior in children with Tourette's syndrome: association with ADHD comorbidity, tic severity, and functional impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(1), pp. 98-105. 2003.
- TASSÉ, M. J. et al. Validity and reliability of the Diagnostic Adaptive Behaviour Scale. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(1), pp. 80–88. 2016.
- VIGNOLI, A. et al. Correlations between neurophysiological, behavioral, and cognitive function in Rett syndrome. *Epilepsy & Behavior*, 17(4), pp. 489-496. 2010.
- YANG, S., PAYNTER, J. M., & GILMORE, L. Vineland Adaptive Behavior Scales: II Profile of Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(1), pp. 64–73. 2015.

Contatos: f.mborgesb@gmail.com e mcrist@mackenzie.br