

Questionário de Situações Domésticas: Comparação entre Pré-Escolares Clínicos e Não Clínicos¹

Cynthia Borges de Moura²
Leidiany Cristina da Silva
Ana Claudia Paranzini Sampaio
Renata Grossi
Universidade Estadual de Londrina

RESUMO - O objetivo deste estudo foi comparar os resultados do Questionário de Situações Domésticas (QSD) respondidos por mães de crianças clínicas e não clínicas, para identificar diferenças no número de situações em que enfrentam problemas de obediência com as crianças e intensidade desses problemas. Foram coletados dados de 56 mães de crianças pré-escolares, entre 3 e 6 anos, com e sem problemas de comportamento opositor. As mães responderam ao *Child Behavior Checklist* (CBCL), para divisão dos grupos, e ao QSD. O grupo clínico apresentou, em média, 3,2 situações problema a mais que o grupo não clínico, e em média 2,1 pontos a mais na avaliação da severidade. Tais diferenças foram estatisticamente significantes, indicando o QSD como um instrumento sensível no diagnóstico clínico.

Palavras-chave: pré-escolares; problemas comportamentais; interação pais-filhos; orientação de pais.

Home Situations Questionnaire: Comparison between Clinical and Non-Clinical Preschoolers

ABSTRACT - The goal of this study was to compare the results of the Home Situations Questionnaire (HSQ), which was answered by mothers of clinical and non-clinical children, in order to identify differences on the number of situations related to child compliance problems and the severity of these problems. Data were collected of 56 mothers of preschool children (aged from 3 to 6 years), with and without problems of oppositional behavior. The mothers answered to the Child Behavior Checklist (CBCL), for their distribution into groups, and to the HSQ. The clinical group presented an average of 3.2 more problem situations than the non-clinical group, and an average of 2.1 more points in severity scores. These differences were statistically significant, indicating the HSQ as a sensitive instrument for clinical diagnosis.

Keywords: preschoolers; behavior problems; parents-children interaction; parents training.

Problemas de comportamento opositor são as razões mais comuns para a procura dos pais por atendimento psicológico para seus filhos em idade pré-escolar e, segundo as pesquisas na área (Campbell, 2002; Wakschlag & Danis, 2004), esses problemas são geralmente persistentes e levam a outros problemas. No entanto, em função do período pré-escolar ser marcado por grandes mudanças comportamentais e pelo desenvolvimento de uma maior autonomia, a maioria das crianças exibe comportamento opositor em pelo menos algumas situações cotidianas. Isso faz com que a avaliação clínica do comportamento de pré-escolares seja particularmente sutil e complexa.

Por outro lado, tem havido falta de consenso sobre como avaliar problemas clínicos durante o período pré-escolar

(Campbell, 2002). Por um lado, os pais frequentemente conseguem julgar, com algum grau de precisão, se os comportamentos das crianças são normais ou desviantes (Wakschlag & cols, 2005). Por outro, a maioria dos profissionais também sabe identificar a necessidade de tratamento infantil com base em critérios normativos de desenvolvimento. Porém, tais habilidades de pais e profissionais não diminuí, nem substituí a utilidade de instrumentos padronizados que forneçam uma medida confiável para a tomada de decisão clínica.

O Questionário de Situações Domésticas - QSD (*Home Situation Questionnaire*) foi desenvolvido por Barkley (1987) como um instrumento de avaliação que se propõe a trabalhar com a visão dos pais de suas interações cotidianas com os filhos. O QSD aborda um número específico de situações cotidianas nas quais os pais e as crianças podem experimentar conflitos. Essas situações podem ser, então, posteriormente utilizadas para se obter descrições mais específicas sobre a natureza da interação problemática no contexto doméstico.

As informações obtidas por meio do QSD podem auxiliar o profissional na distinção apropriada de comportamentos normais/passageiros ou problemáticos em pré-escolares, e na consequente informação aos pais da necessidade ou não de preocupação por parte destes quanto ao comportamento da criança.

1 O presente trabalho recebeu apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio de Bolsa de Iniciação Científica para a primeira autora.

2 Endereço para correspondência: Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Campus Universitário. Cx. Postal 6001. Londrina, PR. CEP 86051-990. Fone/Fax: (43) 3371-4227. E-mail: cynthia-moura@hotmail.com.

O QSD tem como objetivo verificar quais são as situações domésticas em que a criança apresenta problemas de obediência e a severidade desses problemas. É constituído de 16 itens que descrevem situações domésticas para as quais se requer que a mãe/pai avalie se a criança apresenta problemas para obedecer instruções naquela situação. Caso os pais considerem que seu filho apresenta problemas de seguimento de instruções em uma dada situação, deve marcar sim diante do item e assinalar o quão severo eles acreditam ser tal problema em uma escala de que vai de 1 (leve) a 9 (severo).

Dados normativos do QSD para a população americana, obtidos a partir dos estudos de Barkley e Edelbrock (1987, citado por Barkley, 1987), mostram que as crianças americanas que se enquadrariam em perfil não clínico, segundo avaliação de suas mães, apresentam problemas para obedecer em duas a quatro situações domésticas, com intensidade variando de um a dois pontos. Segundo os autores, valores maiores que esses são indicadores da necessidade de avaliação clínica.

Segundo Barkley (1987), o QSD é um instrumento simples e de fácil aplicação que pode auxiliar na distinção entre as crianças que necessitam de encaminhamento para tratamento psicológico e as que não necessitam. Também pode ser um importante auxiliar na prática clínica para a identificação dos problemas de comportamento em crianças, permitindo o melhor planejamento da avaliação e da intervenção oferecida.

Assim, segundo o próprio Barkley (1987), os dados normativos não são exclusivamente para comparação com crianças que apresentam um padrão normal de interação, mas também para acompanhar as mudanças nas áreas iniciais problemáticas em função da implementação do tratamento.

Huang, Chao, Tu e Yang (2003) buscaram examinar a efetividade de um programa de treinamento comportamental para pais de crianças com déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e usaram o QSD como uma das medidas comportamentais. A amostra estudada contou com 14 pré-escolares (idades entre os 3 e 6 anos) com diagnóstico de TDAH. Os pais concluíram o programa de treinamento num total de 10 sessões. Com a progressão do treinamento, houve uma diminuição significativa na severidade dos comportamentos-problema em casa avaliados pelo QSD.

Matthey e Barnett (1999) e Breuer e Dopfner (1997) estudaram a possibilidade de aplicar o QSD em outras populações, como a australiana e a alemã, respectivamente. Matthey e Barnett estudaram a normatização de dados do QSD para uma amostra clínica de Sidney, utilizando a versão modificada (QSD-M). As informações foram obtidas a partir de 339 mães e 143 pais informantes do comportamento de 403 crianças com idades entre 3 e 12 anos, provenientes de nove centros de Sidney. Os meninos, quando comparados com as meninas, apresentaram mais situações problema com os pais do que com as mães, e maior gravidade de situações com as mães do que com os pais. Embora essas diferenças tenham sido estatisticamente significativas, não foram significativas clinicamente, pois no geral, os pais e as mães relataram níveis similares de dificuldades no manejo das situações domésticas.

O estudo de Breuer e Dopfner (1997) avaliou as situações problemáticas no contexto familiar a partir da versão alemã do QSD. A amostra estudada era composta por 76 crianças entre os 6 e 10 anos, com diagnóstico de transtorno hiper-cinético, de acordo com a Classificação Internacional

de Doenças (CID-10), ou TDAH, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-III Revisado (DSM-III-R), e 263 crianças entre 7 e 10 anos sem tais diagnósticos, para a comparação dos dados. Os pais das crianças diagnosticadas com TDAH relataram experimentar maior número de situações familiares problemáticas com seus filhos em comparação com a amostra de crianças sem o transtorno.

A análise dos fatores estruturais do instrumento mostrou boa consistência interna. Os escores da versão alemã do QSD se correlacionaram significativamente com outros questionários de avaliação parental acerca de problemas comportamentais, sendo essa alta correlação encontrada na comparação com escalas para a avaliação de problemas comportamentais hiper-cinéticos e problemas sociais. Para Breuer e Dopfner (1997), o instrumento apresenta *status* comprovado como auxiliar das avaliações de crianças com comportamentos específicos da hiper-cinética e problemas de comportamento opositor e para o planejamento de intervenções.

Nixon, Sweeney, Ericson e Touys (2003) convidaram pais de crianças na idade pré-escolar, entre 3 e 5 anos, com relatos de problemas comportamentais, a participarem de um programa de tratamento gratuito para famílias. Foi recrutado também um grupo de 21 crianças em idade pré-escolar, cujas famílias não relataram problemas comportamentais (grupo controle para fins de validação social), para os testes de significância clínica. Os autores compararam dois grupos clínicos submetidos a diferentes tratamentos com um grupo controle.

Para a avaliação do perfil clínico, foram utilizados os escores clínicos no Inventário Comportamental Eyberg para Crianças (*Eyberg Child Behavior Inventory* - ECBI, Eyberg & Pincus, 1999) e o critério diagnóstico para distúrbios de comportamento (*Oppositional Defiant Disorder* - ODD), de acordo com o DSM-IV, sendo também considerado se o principal problema comportamental referido foi apresentado por pelo menos seis meses. Entre os questionários utilizados para obtenção de medidas repetidas do comportamento das crianças ao longo desse estudo, estava o QSD na versão modificada por Matthey e Barnett (1999). Os 24 itens dessa versão incluem oito itens adicionais que avaliam comportamentos de difícil manejo ao longo de um número de situações do dia a dia da família. O QSD foi útil na detecção das melhoras decorrentes dos diferentes tratamentos, assim como na obtenção de medidas de comparação a partir dos resultados obtidos com o grupo de validação social.

Ao longo de 19 anos, Collett, Ohan e Myers (2003b) revisaram a avaliação de escalas, mais especificamente a avaliação de escalas para comportamentos externalizantes. As escalas selecionadas para análise foram as mais citadas na literatura e/ou utilizadas com mais frequência na prática clínica mediante extensa revisão em base eletrônicas de dados (ver Collett, Ohan & Myers, 2003b; Myers & Winters, 2002; Ohan, Myers & Collett, 2002; Winters, Myers & Proud, 2002, para uma descrição mais detalhada). Essa avaliação mostrou que as propriedades psicométricas do QSD estão adequadas.

Entre as vantagens do QSD, Collett e cols. (2003b) apontaram boa consistência interna e estabilidade, o que é crucial para uso repetido durante um tratamento, e o fato de que a escala é breve e pode ser preenchida várias vezes durante a intervenção sem muitas dificuldades. O índice

de concordância entre as respostas das mães e dos pais foi classificado de baixo a bom, mas foi maior do que a de outras escalas de avaliação comportamental. A validade convergente para o QSD foi demonstrada por correlações moderadas com o *Conners Parent Rating Scale-Revised* e com subescalas selecionadas do *Child Behavior Checklist - CBCL*.

Collett e cols. (2003b) citam algumas desvantagens do QSD, por exemplo: não avalia uma desordem comportamental em particular, não se destina a avaliar constructos teóricos subjacentes, não avalia como as desordens comportamentais afetam crianças pequenas no dia a dia e nos mais variados contextos, e nem como funcionam as mudanças com o tratamento. Esses autores apontam a necessidade de cautela na interpretação dos escores individuais em função dos limites dos dados normativos, pois estes foram obtidos de uma amostra homogênea, apenas com crianças americanas e não estão temporalmente atualizados.

O QSD tem sido adaptado para adolescentes com itens modificados ou adicionados para refletir situações típicas encontradas nesta faixa etária e problemas específicos acerca de comportamentos relacionados ao TDAH (DuPaul & Barkley, 1992, citados por Collett, Ohan & Myers, 2003a). Há também revisões internacionais como as de Catala, Andres, Gomes e Agueero (1994), na Espanha, de Matthey e Barnett (1999), na Austrália, e de Breuer e Dopfner (1997), na Alemanha, como já referido.

O presente trabalho teve como objetivo comparar os dados provenientes do QSD de duas amostras de crianças com perfil clínico e não clínico. Tais perfis foram levantados a partir do CBCL (Achenbach, 1991), respondido pelas mães das crianças. Sabe-se que crianças pré-escolares clínicas e não clínicas apresentam comportamentos semelhantes, e que as diferenças podem residir no número de situações que a mãe enfrenta problemas de obediência com a criança e na intensidade desses problemas. A identificação dessas diferenças pode fornecer informações importantes para a composição tanto de padrões de normalidade, quanto de critérios diagnósticos que possam servir para a avaliação das melhoras obtidas com os tratamentos propostos aos pré-escolares.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa 56 mães e suas crianças pré-escolares na faixa etária de 3 a 6 anos. Todas as mães foram avaliadas como não clínicas e seus filhos foram divididos em dois grupos: com e sem problemas de comportamento opositor. A Tabela 1 apresenta a caracterização geral da amostra pesquisada.

Tabela 1: Características gerais dos grupos Clínico e Não Clínico.

Características	Clínico n=30	Não Clínico n=26	Total n=56
Idade das Crianças			
1 1/2 a 5 anos	24 (80%)	23 (88,5%)	47 (84%)
6 a 10 anos	06 (20%)	03 (11,5%)	09 (16%)
Sexo das Crianças			
Feminino	05 (17%)	05 (19%)	10 (18%)
Masculino	25 (83%)	21 (81%)	46 (82%)
Escolaridade das Mães			
Ensino Fundamental (completo ou incompleto)	05 (17%)	02 (8%)	07 (12,5%)
Ensino Médio (completo ou incompleto)	07 (23%)	09 (35%)	16 (28,5%)
Ensino Superior (completo ou em curso)	18 (60%)	15 (43%)	33 (59%)
Idade das Mães			
20 a 30 anos	11 (36,7%)	05 (19,25%)	16 (28,6%)
31 a 40 anos	15 (50%)	16 (61,5%)	31 (55,4%)
41 a 50 anos	03 (10%)	05 (19,25%)	08 (14,3%)
51 a 60 anos	01 (3,3%)	-	01 (1,7%)
Média dos Escores do BDI	8,6	6,9	7,7
Média dos Escores no MAT	111,9	118,2	115

Instrumentos

Child Behavior Checklist (CBCL). A versão de 1½ a 5 anos é recente (Achenbach & Rescorla, 2000) e foi elaborada para avaliar questões específicas da faixa etária pré-escolar. O CBCL permite a obtenção de taxas padronizadas de problemas comportamentais de crianças de 1½ a 5 anos de idade, a partir do relato dos pais. A avaliação do instrumento é computadorizada, realizada por meio de *software* específico. É composto por 99 itens destinados à avaliação dos problemas comportamentais da criança. O informante é orientado a quantificar os comportamentos apresentados pela criança nos últimos dois meses numa escala de 0-1-2 pontos que indicam, respectivamente: item falso ou comportamento ausente, item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente, e item bastante verdadeiro ou comportamento frequentemente presente. Usando uma nova amostra normativa e uma ampla amostra clínica, essa versão para pais de crianças de 1½ a 5 anos avalia as seguintes síndromes: Reatividade Emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Atenção, Comportamento Agressivo e Problemas de Sono. Os valores para análise dos escores para as síndromes são: limítrofe – escores entre 65 a 69; e clínico – escores acima de 70. Por meio da análise dos itens dessas síndromes, obtém-se também uma caracterização da criança quanto a seu *Funcionamento Global* (clínica, normal ou limítrofe) e nos perfis *Internalizante* e *Externalizante*. Os valores para análise dos escores em *Funcionamento Global*, *Perfil Internalizante* e *Perfil Externalizante* são: limítrofe – escores entre 60 e 63; clínico – escores superiores a 64; e normal – escores inferiores a 60.

A versão de 6 a 18 anos faz parte de um conjunto de avaliações formuladas por Achenbach (2001), destinadas à obtenção de taxas padronizadas de problemas comportamentais de crianças e adolescentes de 6 a 18 anos de idade, a partir do relato dos pais. É composta por 133 itens, sendo 20 destinados à avaliação de competência social e 113, à avaliação de problemas de comportamento. O informante é orientado a quantificar os comportamentos apresentados pela criança ou adolescente nos últimos seis meses numa escala de 0-1-2 pontos, de forma idêntica ao já descrito anteriormente na versão para pré-escolares. Oito síndromes comportamentais são avaliadas quanto à sua presença ou ausência: Ansiedade e Depressão, Isolamento, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo. Também se avalia a criança como clínica, normal ou limítrofe quanto a seu *Funcionamento Global* e nos perfis *Internalizante* e *Externalizante*, por meio de uma análise computadorizada. Os valores dos escores em *Funcionamento Global*, *Perfil Internalizante* e *Perfil Externalizante* são: limítrofe – entre 60 e 63; clínico – superiores a 64; normal – inferiores a 60. Para as síndromes, os valores são: limítrofe entre 65 a 69 e clínico acima de 70.

Questionário de Situações Domésticas (QSD) (Apêndice 1). Esse instrumento é uma tradução do *Home Situations Questionnaire* (Barkley, 1987). Compreende uma lista com 16 situações potencialmente geradoras de conflito entre pais e crianças pequenas no contexto doméstico. Solicita-se ao respondente, pai ou mãe, que assinale “*sim*” ou “*não*”, consi-

derando se a criança apresenta algum problema em obedecer instruções, ordens ou regras dos pais nas situações descritas. Se “*sim*”, é solicitada uma avaliação da severidade do problema numa escala de 1 (leve) a 9 (severo). Esse questionário apresenta a vantagem de permitir tanto a comparação das crianças com seus pares normais, quanto a mensuração das mudanças em função de intervenção realizada com os pais ou com a própria criança. O QSD possui dados normativos por idade e sexo.

Inventário Beck de Depressão (*Beck Depression Inventory* – BDI). Os 21 itens que compõem esse instrumento foram originalmente derivados de observações e sumarizados de atitudes típicas e sintomas apresentados por pacientes psiquiátricos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982). Durante aplicação do instrumento, solicita-se que o sujeito informe quanto à intensidade dos sintomas, com base em como se sentiu na semana que passou, incluindo aquele dia, numa escala crescente de severidade que varia entre 0 e 3. O BDI tem sido bastante utilizado por diversos autores para avaliar a ocorrência e a gravidade do distúrbio em pais que participarão de programas de treinamento. Além de permitir uma avaliação rápida, o inventário também fornece importantes dados acerca de pensamentos negativos, tais como as expectativas de que tudo sairá mal, a visão de si mesmo como fracasso, a crença de que é incapaz de fazer qualquer coisa sem ajuda ou pensamentos suicidas. Os escores para a versão em português (Cunha, 2001) são depressão mínima (0-11), depressão leve (12-19), depressão moderada (20-35) e depressão grave (36-63).

Escala de Ajustamento Conjugal (*Marital Adjustment Test* – MAT). Esse instrumento foi desenvolvido por Locke e Wallace (1959) e tem por objetivo avaliar a satisfação conjugal de ambos os cônjuges. As concordâncias e discordâncias entre o casal são avaliadas em várias áreas do relacionamento, tais como manejo das finanças da família, assuntos de lazer, demonstração de afeto, amigos, relações sexuais, filosofia de vida (ideais e objetivos), modo de lidar com os parentes etc. A pontuação de corte nesse instrumento é 100, escores acima indicam satisfação conjugal e escores abaixo indicam insatisfação do indivíduo com o casamento.

Procedimento

A presente pesquisa foi realizada no Laboratório de Estudos do Comportamento Humano e nas salas de atendimento da Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina. Os dados do Grupo Clínico são provenientes da triagem inicial para outra pesquisa (Moura, 2007) que incluía intervenção com mães de crianças com comportamento opositor. Os dados do Grupo Não Clínico são provenientes de convites feitos às mães indicadas por duas escolas (uma pré-escola particular e uma creche pública) por seus filhos serem considerados sem problemas, para participação voluntária no estudo. As mães voluntárias foram informadas sobre a pesquisa e somente participaram as que concordaram e assinaram individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todas as mães responderam individualmente ao CBCL para avaliar os problemas comportamentais da criança.

Tabela 2: Comparação das médias das idades e dados do QSD, CBCL, BDI e MAT.

Médias	Clínicos n=30	Não Clínicos n=26	p
Das Crianças			
Idade	4,3	4,2	0,7055
QSD - Número de Situações Problema	9,8	6,6	0,0001*
QSD - Grau de Severidade das Situações	5,3	3,2	<0,0001*
Das Mães			
Idade	33,1	34,8	0,2210
Escore do BDI	8,6	6,9	0,2241
Escore no MAT	111,9	118,2	0,2651

*Resultado estatisticamente significativo.

Mães com crianças até 5 anos responderam ao CBCL 1 ½ a 5 anos, e as mães cujos filhos já tinham completado 6 anos responderam ao CBCL 4 a 18 anos. Responderam ainda ao QSD, ao BDI e ao MAT. As mães do Grupo Clínico realizaram esses procedimentos como parte da avaliação inicial da intervenção da qual participariam.

Selecionou-se para a pesquisa as mães cujos escores de depressão e ajustamento conjugal foram classificados como não clínicos, ou estavam em faixas próximas aos escores não clínicos, conforme os seguintes critérios: (a) escores na faixa de depressão mínima no BDI (0 a 11) ou leve (12 a 19), e acima de 100 no MAT (indicativo de ajustamento conjugal); ou (b) escores na faixa de depressão mínima no BDI (0 a 11) e escores até 20 pontos abaixo de 100 no MAT (79 a 99).

O Grupo Clínico foi então composto por mães não clínicas cujas crianças apresentaram escore clínico mais alto para problemas externalizantes do que internalizantes no CBCL, e cuja síndrome de maior escore foi comportamento agressivo. O Grupo Não Clínico foi composto por mães não clínicas cujas crianças apresentaram escores totais na faixa não clínica no CBCL.

Resultados

Foram comparados os dados provenientes do QSD (Barkley, 1987), respondido pelas mães dos Grupos Clínico e Não Clínico, quanto ao número médio de situações problema e à média do grau de severidade atribuído a essas situações. Os dados foram analisados por meio do programa *BioEstat 4.0 (Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biomédicas)*, optando-se pela aplicação do teste de Mann Withney para comparação entre amostras independentes. O índice de significância adotado foi de 0,05.

A Tabela 2 apresenta a comparação estatística entre as principais características das mães e das crianças que participaram da pesquisa. Como os participantes foram designados para um dos dois grupos com base no resultado do CBCL, essa análise teve o objetivo de identificar se os grupos não diferiram entre si quanto à outras características.

Observa-se que os dados do QSD referentes ao número de situações problema e o grau de severidade dos grupos Clínico e Não Clínico e os dados do CBCL apresentam uma diferença estatisticamente significativa. Já os dados referentes às idades das crianças e das mães e aos escores no BDI e no MAT mostram que não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos, o que demonstra homogeneidade da amostra.

A Figura 1 mostra a comparação das médias do número de situações-problema no QSD, segundo a percepção das mães das crianças dos grupos Clínico e Não Clínico. Observa-se que no grupo de crianças clínicas, as mães selecionaram, em média, 9,8 situações em que, na opinião delas, suas crianças

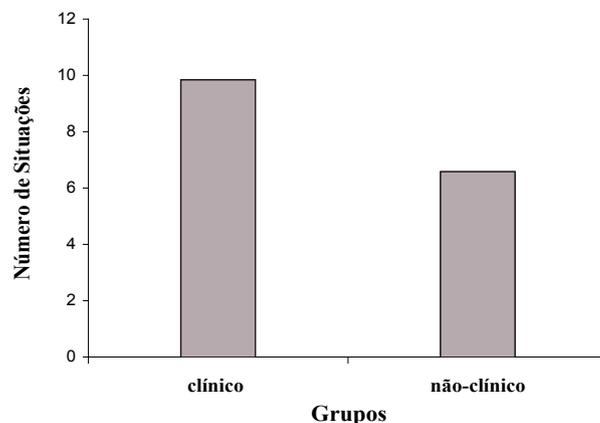


Figura 1. Comparação do número médio de situações-problema no QSD entre os grupos clínico e não-clínico.

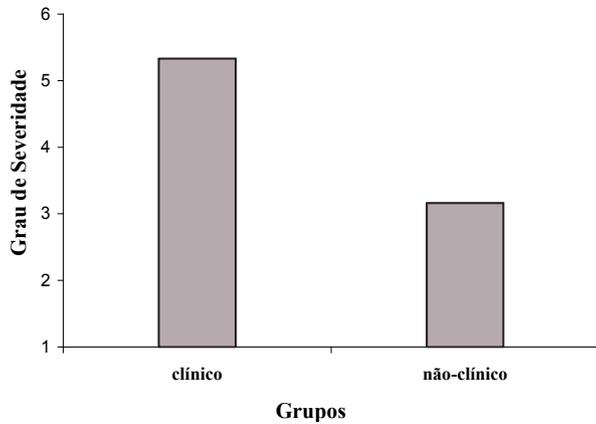


Figura 2: Comparação das médias do grau de severidade no QSD entre os grupos clínico e não-clínico.

apresentam problemas de obediência e seguimento de instruções, sendo que no grupo de crianças não clínicas, a média foi de 6,6 situações. Essa diferença média de 3,2 situações foi estatisticamente significativa entre os grupos.

A Figura 2 mostra a comparação das médias do grau de severidade atribuído às situações-problema no QSD, segundo a percepção das mães das crianças dos grupos Clínico e

Não Clínico. Novamente, observa-se que, quanto ao grau de severidade, a média do Grupo Clínico (5,3) foi maior do que a do Grupo Não Clínico (3,2). Conforme mostram também os dados da Tabela 2, a diferença de 2,1 quanto ao grau de severidade é estatisticamente significativa entre os grupos.

A Tabela 3 mostra a comparação percentual entre o número médio de mães que citaram cada situação como “problemática” com seu filho quanto à obediência.

No que se refere ao número de mães que citaram enfrentar problemas de obediência com seu filho em cada situação descrita, tem-se que, na maior parte das situações, o Grupo Clínico ficou acima de 40% do Grupo Não Clínico. A média do Grupo Clínico (18,5) foi de 7,8 mães a mais do que o Grupo Não Clínico (10,7). A única exceção foi a situação de número 14 (na hora de dormir), que foi mais citada pelas mães do Grupo Não Clínico, mas a pequena diferença percentual permite afirmar que os problemas enfrentados se igualam nessa situação para os dois grupos estudadas.

A Tabela 4 mostra a comparação estatística entre as médias do grau de severidade de cada situação avaliada pelo instrumento.

Observa-se que há uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao grau de severidade para oito situações: 1) Sit. 5 – escovar os dentes/lavar as mãos; 2) Sit. 6 – tomar banho; 3) Sit. 7 – quando um dos pais está

Tabela 3: Comparação percentual entre o número médio de mães do Grupo Não Clínico (GNC) e Grupo Clínico (GC) que referiram problemas com obediência com seu filho em cada situação.

Situações Problema	Número de situações			
	GNC	GC	Dif.	%
1 Brincando sozinho	6	14	8	57,1*
2 Brincando com outra criança	13	25	12	48,0*
3 Durante as refeições	15	25	10	40,0*
4 Para vestir-se/ despir-se	10	18	8	44,4*
5 Escovar dentes/ lavar as mãos	9	14	5	35,7
6 Tomando banho	9	19	10	52,6*
7 Quando você está ao telefone	11	25	14	56,0*
8 Quanto você tem visitas em casa	12	23	11	47,8*
9 Quando você está fazendo uma visita	13	26	13	50,0*
10 Em lugares públicos	13	22	9	40,9*
11 Quando o pai está em casa	10	17	7	41,1*
12 Quando é pedido para que realize pequenas tarefas em casa	10	17	7	41,1*
13 Quando é pedido para que faça a lição de casa	4	6	2	33,3
14 Na hora de dormir	16	14	-2	-12,5
15 No carro	10	15	5	33,3
16 Quando está com outros cuidadores	10	16	6	37,5*
TOTAL (Média)	10,7	18,5	7,8	42,1*

* Resultado acima de 40%.

Tabela 4: Comparação estatística entre as médias do grau de severidade do Grupo Não Clínico (GNC) e Grupo Clínico (GC) para cada situação avaliada pelas mães como “problemática”.

<i>Situações Problema</i>	<i>Grau de Severidade</i>		
	<i>GNC</i>	<i>GC</i>	<i>p</i>
1 <i>Brincando sozinho</i>	2,6	4,1	0,2160
2 <i>Brincando com outra criança</i>	3,9	5,4	0,0906**
3 <i>Durante as refeições</i>	4,5	6	0,0694**
4 <i>Para vestir-se/despir-se</i>	3,8	5,2	0,2499
5 <i>Escovar dentes/lavar as mãos</i>	3	6,3	0,0089*
6 <i>Tomando banho</i>	2,9	5,1	0,0366*
7 <i>Quando você está ao telefone</i>	3,0	5,7	0,0037*
8 <i>Quando você tem visitas em casa</i>	2,9	6,2	0,0011*
9 <i>Quando você está fazendo uma visita</i>	2,6	5,5	0,0017*
10 <i>Em lugares públicos</i>	3,3	5,4	0,0222*
11 <i>Quando o pai está em casa</i>	3,6	5,4	0,0502*
12 <i>Quando é pedido para que realize pequenas tarefas em casa</i>	2,8	4,6	0,0926**
13 <i>Quando é pedido para que faça a lição de casa</i>	3,2	5,5	0,2410
14 <i>Na hora de dormir</i>	3,7	5	0,2614
15 <i>No carro</i>	4,1	2,4	0,0350*
16 <i>Quando está com outros cuidadores</i>	4,8	4,4	0,8125

*Resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

** Resultado com tendência a significância (de 0,06 a 0,09)

ao telefone; 4) Sit. 8 – quando tem visitas em casa; 5) Sit. 9 – quando um dos pais está fazendo uma visita; 6) Sit. 10 – em lugares públicos; 7) Sit. 11 – quando o pai está em casa; e 8) Sit. 15 – no carro. Três situações mostraram tendência a significância estatística: 1) Sit. 2 – brincando com outra criança; 2) Sit. 3 – durante as refeições; e 3) Sit. 12 – quando é pedido que realize pequenas tarefas em casa.

Comparando-se os dados das Tabela 3 e 4, percebe-se que embora as mães do Grupo Clínico relatem enfrentamento de problemas nas situações descritas, a intensidade dos problemas difere significativamente em apenas metade das situações descritas.

Discussão

A importância da obediência das crianças às instruções parentais é amplamente documentada na literatura clínica infantil (e.g., Forehand, 1977; Houlihan, Sloane, Jones & Paten, 1992; Patterson, 1982). A obediência geralmente aumenta durante a socialização normal, mas esse processo pode ser interrompido por desordens emocionais infantis. Infelizmente, como afirmam Brumfield e Roberts (1998),

ainda não há estudos que quantifiquem os níveis de obediência para idades específicas.

Nesse sentido, o QSD é um instrumento que pode preencher essa lacuna de informação, ao estabelecer um critério científico sobre se uma determinada frequência de problemas de obediência é normal ou não. Para os terapeutas infantis, isso é especialmente importante. No entanto, os dados normativos disponíveis são da população americana, e tais resultados devem refletir a exigência parental típica dessa cultura, que provavelmente tem suas especificidades e peculiaridades. Entretanto, os dados normativos em si (número médio de situações e intensidade) podem ou não ser semelhantes.

Os resultados deste estudo mostraram que, como se poderia esperar, o Grupo Clínico apresentou mais situações problema e maior grau de severidade do que o Grupo Não Clínico, e para cada situação avaliada, o número de mães do Grupo Clínico que referiram enfrentar problemas de obediência, foi geralmente maior.

Comparando-se os resultados deste estudo com a normatização de Barkley (1987), que encontrou em média três situações problema e escore dois para grau de severidade entre crianças normais, tem-se que a amostra aqui pesquisada apresenta um maior número de situações em que os pais

enfrentam problemas de obediência com as crianças, mesmo na amostra Não Clínica. O Grupo Clínico apresentou média de 9,8 situações problemáticas e o Grupo Não Clínico, 6,6 situações.

E no que se refere ao grau de severidade dessas situações, a amostra pesquisada também se encontra acima do critério de Barkley (1987). O Grupo Clínico apresentou média de 5,3 e o Grupo Não Clínico, de 3,2. Esse resultado remete à questão inicial de que diferenças culturais devem permear a percepção de normalidade que as mães têm quanto ao comportamento de suas crianças, assim como a tolerância delas para comportamentos típicos da faixa etária, os quais podem ser avaliados como problemáticos apenas quanto se intensificam em frequência e severidade.

Embora ambos os fatores avaliados pelo QSD sofram a ação da subjetividade das mães quanto ao julgamento que fazem dos problemas enfrentados nas situações listadas, as mães do presente estudo parecem tolerar entre uma e duas situações a mais que as mães da amostra americana, assim como uma intensidade um pouco maior. Como apontam Collett, Ohan e Myers (2003a, 2003b), é necessária atenção aos limites dos dados normativos do QSD, pois além de fazerem referência a uma amostra homogênea americana, estão temporalmente desatualizados, o que também pode explicar as diferenças entre as amostras.

Na comparação entre as duas amostras estudadas, destacam-se as situações em que os grupos diferem entre si. Tarefas de higiene (escovar os dentes, lavar as mãos, tomar banho), situações de disputa de atenção a terceiros (pais ao telefone, visitas em casa, fazendo uma visita, pai em casa), e lugares amplos ou restritos (lugares públicos e carro), são as situações em que o Grupo Clínico supera o Não Clínico em termos de frequência e intensidade dos problemas. Pode-se levantar a hipótese de que a falta de repertório comportamental dessas crianças, juntamente com a demanda para que apresentem um comportamento adequado, possa levar à ocorrência dos problemas. Porém, uma amostra maior e uma análise minuciosa de tais dados seriam necessárias para que afirmações nesse sentido pudessem ser feitas.

Apesar de não avaliar *como* os problemas comportamentais das crianças afetam sua interação com os pais no dia a dia e *como* funcionariam as mudanças com o tratamento psicoterápico, o QSD apresenta várias vantagens. Por exemplo, o QSD auxilia o profissional (a) na investigação clínica, permitindo que os pais se apoiem nas situações listadas para melhor descrever suas queixas em relação ao comportamento da criança; (b) na justificativa sobre a necessidade ou não de tratamento; e (c) no acompanhamento/monitoramento do tratamento proposto. Para fins de pesquisa, o QSD apresenta ainda a vantagem de ser um instrumento psicométrico simples, porém, bem construído e validado e de fácil utilização.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (2001) *Manual for the Child Behavior Checklist/6-18 and 2001 Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. ., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont.
- Barkley, R. A. (1987). *Defiant children: Parent-teacher assignments*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Russh, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982). *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Breuer, D., & Dopfner, M. (1997). The assessment of problem situations within family. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 583-596.
- Brumfield, B. D., & Roberts, M. W. (1998). A comparison of two measurements of child compliance with normal preschool children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 109-116.
- Campbell, S. (2002). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Catala, A. M., Andres C. M., Gomes B. M., & Agueero, J. A. (1994). Current validity of Barkley's criteria for the diagnosis of attention deficit disorder with hyperactivity. *Revista de Psiquiatria Infante Junenil*, 3, 198-202.
- Collett B. R., Ohan J. L., & Myers K. M. (2003a). Ten-year review of rating scales, V: Scales assessing attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1015-1037.
- Collett, B. R., Ohan, J. L., & Myers, K. M. (2003b). Ten-year review of rating scales, VI: Scales assessing externalizing behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1143-1170.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Eyberg, S. M., & Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised. Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Forehand, R. (1977). Child noncompliance to parental commands: Behavioral analysis and treatment. Em M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification*, London: Academic Press.
- Houlihan, D., Sloane, H. N., Jones, R. N., & Paten, C. (1992). A review of behavioral conceptualizations and treatments of child noncompliance. *Education and Treatment of Children*, 15, 56-77.
- Huang, H. L., Chao, C. C., Tu, C. C., & Yang, P. C. (2003). Behavioral parent training for Taiwanese parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 275-281.
- Locke, H. J., & Wallace, K. M (1959). Short Marital-Adjustment and Prediction Tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Matthey, S., & Barnett, B. (1999). Normative data for an Australian clinical sample on the Home Situations Questionnaire-Modified version (HSQ-M). *Behaviour Change*, 16, 207-218.
- Myers K., & Winters, N. C. (2002). Ten-year review of rating scales II: Scales of internalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 634-659.
- Moura, C. B. (2007). *Efeitos do vídeo feedback na orientação de mães de pré-escolares com comportamentopositor*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, SP.
- Nixon, R. D. V., Sweeney, L., Ericson, D. B., & Touys, S. W. (2003). Parent-child interaction therapy: A comparison of standards and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *American Psychological Association*, 71, 251-260.

Ohan, J. L., Myers, K., & Collett, B. R. (2002). Ten-year review of rating scales IV: Scales assessing trauma and its effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 404-422.

Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene: Castalia.

Wakschlag, L., & Danis, B. (2004). Assessment of disruptive behavior in young children: A clinical-developmental framework. Em R. Del Carmen-Wiggins & A. S. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler and preschool mental health assessment* (pp. 421-440). New York: Oxford University.

Wakschlag, L. S., Leventhal, B. L., Briggs-Gowan, M. J., Danis, B., Keenan, K., Hill, C., Egger, H. L., Cicchetti, D., & Carter, A. S. (2005). Defining the “disruptive” in preschool behavior: What diagnostic observation can teach us. *Clinical Child and Family Psychology Review, 8*, 183-201.

Winters, N. C., Myers, K., & Proud, L. (2002). Ten-year review of rating scales, III. Scales for suicidality, cognitive style, and self-esteem. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 1050-1181.

Recebido em 12.09.08

Primeira decisão editorial em 24.09.09

Versão final em 20.10.09

Aceito em 05.11.09 ■

Apêndice

Questionário de Situações-Domésticas – QSD

Nome da criança: _____ Data: _____.

Nome da Pessoa que está preenchendo o formulário: _____.

Instruções: O seu filho apresenta algum problema em obedecer suas instruções, ordens ou regras em alguma dessas situações? Se afirmativo, por favor circule a palavra *sim* e depois circule o número ao lado da situação que descreve quão severo esse problema é para você. Se o seu filho não apresenta problema na situação, circule *Não* e vá para a próxima situação do formulário.

Situações (circule um)	Sim/ Não		Se sim, quão severo?								
			Leve (circule um)					Severo			
1. Brincando sozinho	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Brincando com outra criança	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Durante as refeições	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Para vestir-se/ despir-se	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Escovar dentes/ lavar as mãos	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Tomando banho	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Quando você está ao telefone	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Quanto você tem visitas em casa	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Quando você está fazendo uma visita	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Em lugares públicos (restaurantes, lojas, igreja, etc.)	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Quando o pai está em casa	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Quando é pedido para que realize pequenas tarefas em casa	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Quando é pedido para que faça a lição de casa	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Na hora de dormir	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. No carro	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Quando está com outros cuidadores que não os pais	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9

.....Apenas para uso do apurador.....

Número total de situações problema _____ Grau de severidade _____.

Fonte: Barkley, R. A. (1987). *Defiant children: Parent-teacher assignments*. New York: Guilford.