

A Escala Comportamental Infantil de Rutter A2: estudos de adaptação e fidedignidade¹

Sônia Santa Vitaliano Graminha²

Com o objetivo de realizar um trabalho de adaptação da Escala Comportamental Infantil de Rutter A2 e de testar a fidedignidade de sua forma adaptada, ela foi traduzida e aplicada em pais com filhos entre 3 e 13 anos de idade. Numa primeira etapa, a Escala A2 foi traduzida e aplicada em 60 pais e, como resultado, ela sofreu adaptações na linguagem de alguns itens e acréscimo de outros. Numa segunda etapa, para avaliar a fidedignidade entre pai e mãe, a Escala A2 adaptada foi preenchida em separado por pais e mães de 56 crianças; para avaliar a fidedignidade teste-reteste, pais de 96 crianças responderam a escala e após 3 a 4 semanas responderam-na novamente. A análise comparativa das respostas foi feita usando a estatística Kappa. Os resultados indicaram uma fidedignidade teste-reteste e entre-pais aceitável para a maioria dos itens.

Palavras-chave: Escala Comportamental Infantil de Rutter A2, fidedignidade, adaptação brasileira.

Abstract

With the aim of making an adaptation of the Rutter Child Behavior Scale A2 as well as a testing of the reliability of the adapted version, this scale was translated into Portuguese and applied to parents with children aged 3 to 13. In a first step, the Scale A2 was translated and applied to 60 parents. As a result, it went through modifications in the language, regarding some of the items, as well as an addition of others. In a second step, in order to evaluate the reliability between father and mother, the adapted Scale A2 was filled out separately by the fathers and mothers of 56 children; to evaluate the test-retest reliability, the parents of 96 children replied to the scale questions once and then replied to them again 3 to 4 weeks later. The comparative analysis of the responses was performed using the Kappa statistical parameter. The results indicated an acceptable test-retest and father-mother reliability for most of the items.

Key-words: The Rutter Child Behavior Scale A2, behavior assessment, Brazilian adaptation

O presente trabalho está integrado num projeto mais amplo sobre distúrbios emocionais e comportamentais na infância que se propõe, num primeiro estágio, a um estudo epidemiológico desses distúrbios junto à população infantil

de Ribeirão Preto - São Paulo. Para a realização desse estudo, fez-se necessária a escolha de um instrumento que possibilitasse a avaliação dos distúrbios infantis e que também fosse apropriado para uso em população geral.

A necessidade de medidas adequadas para avaliação dos distúrbios emocionais e comportamentais em crianças é bastante enfatizada e os progressos na área dependem da disponibilidade dessas medidas (Boyle e Jones, 1985). Os instrumentos disponíveis para estudos epidemiológicos foram objetos de revisão no trabalho publicado por Boyle e Jones (1985), que serviu de base para a escolha de medidas adequadas em um estudo recentemente efetuado na área (Fombonne, 1989).

Boyle e Jones (1985) identificam diversos critérios a serem considerados na escolha de um instrumento (aceitabilidade, aplicabilidade,

¹ Pesquisa realizada com auxílio financeiro do CNPq, sob forma de bolsa de pesquisa. Este trabalho foi apresentado por ocasião da XX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, out./90. A autora agradece ao Dr. José Aparecido da Silva pela colaboração na tradução do instrumento e à Dr^a Quinha Luiza de Oliveira, Patrícia Leila dos Santos e Rogéria Coutinho Brandani pela colaboração na coleta dos dados.

² Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo - CEP 14040-901 Ribeirão Preto - SP.

Endereço para correspondência: Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo - CEP 14040-901 Ribeirão Preto, SP.

adequação de procedimento, fidedignidade e validade) e avaliam, com base nesses critérios, a adequação de sete instrumentos considerados como representando o que de melhor há disponível no campo. Essas medidas estavam incluídas num trabalho de revisão anterior, citado por Boyle e Jones (1985), e foram reduzidas a sete na revisão posteriormente efetuada por esses autores, a partir de uma seleção feita com base em dois conjuntos de critérios. Primeiro, foram incluídos apenas aqueles instrumentos mostrando alguma evidência de aceitabilidade, aplicabilidade, adequação de procedimento, fidedignidade e validade, conforme indicado no trabalho anterior de revisão. Segundo, foram excluídos os instrumentos que mediam apenas um tipo de desordem ou que foram desenvolvidos usando uma população especial ou ainda aqueles cujo uso dependia da habilidade clínica ou da observação do comportamento particular em situações especiais. Boyle e Jones (1985) concluem que, dentre os sete instrumentos revisados, os desenvolvidos por Rutter, Achenbach e Quay são os que atendem melhor aos critérios estabelecidos e se constituem nos instrumentos mais promissores para uso em população geral. Dentre estes, os elaborados por Rutter (Children's Behavior Questionnaire) e por Achenbach (Child Behavior Checklist ou CBCL) têm sido usado com sucesso em importantes investigações epidemiológicas, conforme bem salienta Fombonne (1989). O CBCL foi usado mais recentemente em dois estudos epidemiológicos principais, realizados em amostras populacionais na Holanda (Verhulst, Akkerhuis e Althaus 1985; Verhulst, Berden e Sanders-Woudstra, 1985; Verhulst e Althaus, 1988) e no Canadá (Boyle e colaboradores, 1987; Offord et colaboradores, 1987). Os instrumentos de Rutter - Questionário para professores (Rutter, 1967) e para pais (Rutter, Tizard e Whitmore, 1981) - foram inicialmente usados por Rutter e colaboradores em pesquisas epidemiológicas de grande extensão, realizadas na Ilha de Wight (Rutter,

Tizard e Whitmore, 1981) e no interior de Londres (Rutter e colaboradores, 1975) e, desde então, têm sido amplamente utilizados em muitos outros estudos, de natureza epidemiológica ou não, por pesquisadores diversos, entre outros, Connell, Irvine e Rodney (1982); McGee, Silva e Williams (1984); McGee e colaboradores (1985); Garralda e Bayley (1986); Barton e Fitzgerald (1986); Fitzgerald e Kinsella (1987); Anderson, Williams, McGee e Silva (1987); Robertson e Juritz (1988); Wong (1988 a,b); Wang e colaboradores (1989); Matsuura e colaboradores (1989); Fombonne (1989).

Para o estudo dos problemas emocionais e comportamentais junto à população infantil de Ribeirão Preto, optou-se pela utilização do instrumento de Rutter, especificamente a Escala A2 para pais (Rutter, Tizard e Whitmore, 1981) por se tratar de um instrumento composto por um número menor de itens (31 itens) do que o CBCL (118 itens) e cujo tempo médio de aplicação é também menor (6 minutos) em comparação com o tempo médio necessário para o preenchimento do CBCL (27 minutos), conforme foi constatado no trabalho de Fombonne (1989). Além disso, levou-se em conta as considerações feitas por Boyle e Jones (1985) de que, com exceção do trabalho de Rutter, há dúvidas acerca do significado específico das desordens medidas pelos outros instrumentos existentes. Por outro lado, dentre as duas Escalas (Escala A2 para pais e Escala B2 para professores) optou-se pelo uso da Escala A2 por se pretender, nas primeiras etapas do projeto geral, avaliar os problemas infantis, segundo a percepção dos pais. Como os pais em geral têm o principal papel no cuidado da criança, ficam mais tempo com ela do que qualquer outra pessoa e se constituem na principal fonte de dados em muitos encaminhamentos para serviços de saúde mental e educação especial, vários autores, dentre outros Leblanc e Reynolds (1989), têm ressaltado a importância da avaliação dos pais acerca dos

problemas emocionais e comportamentais da criança.

As seguintes propriedades psicométricas da Escala A2 foram relatadas por Rutter, Tizard e Whitmore (1981): 1. fidedignidade teste-reteste: 0.74; 2. fidedignidade entre juízes: 0.64; 3. poder discriminativo entre a população geral e a população clínica: 15% de meninos e 8% de meninas na população geral obteve resultados ≥ 13 , comparado com 71% de meninos e 67% de meninas na população clínica. Além disso, a Escala diferencia crianças com distúrbios neuróticos e anti-sociais.

A referida Escala foi traduzida e aplicada em pais de crianças da cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, visando estudos de adaptação e fidedignidade que se constituem em objetos de apresentação do presente trabalho.³

Método

Visando testar a adequação dos itens da Escala A2 a um universo cultural diverso daquele em que foi originalmente utilizada e também a efetividade da forma de aplicação planejada para a coleta dos dados do projeto geral sobre distúrbios emocionais e comportamentais na infância, efetuou-se uma aplicação prévia da referida Escala (traduzida para o português pela autora desse trabalho) em 60 pais de crianças de 3 a 13 anos de idade, de níveis socioeconômico-educacionais variados, da cidade de Ribeirão Preto.

A Escala A2 é composta por 31 itens distribuídos em três tópicos: problemas de saúde (8 itens: A a H); hábitos (5 itens: I a V); afirmações comportamentais (18 itens: 1 a 18). Cada item consiste numa afirmação breve referente ao comportamento da criança e os pais são solicitados a indicar a frequência de ocorrência do com-

portamento ("nunca", "ocasionalmente mas não tão freqüente como uma vez por semana", "pelo menos uma vez por semana") ou o grau de severidade ("não", "sim-moderadamente", "sim-severamente") ou a extensão com que a afirmação se aplica àquela criança em questão ("não se aplica", "se aplica um pouco", "se aplica com certeza"). A Escala contém instruções gerais indicando aos pais como preenchê-la e ainda cinco itens iniciais levantando dados de identificação da criança (nome, sexo, data de nascimento, endereço e escola) e uma questão final investigando se a criança apresenta algum outro problema.

A aplicação preliminar da Escala A2 foi feita de acordo com dois procedimentos distintos:

Procedimento A - Para 30 pais a Escala foi enviada através do próprio filho que a recebia na escola, num envelope fechado, com a instrução de que deveria entregá-la aos pais para ser preenchida e depois trazê-la de volta para a professora no dia seguinte.⁴ A Escala foi enviada num envelope oficial da FFCLRP-USP, endereçada aos pais ou responsáveis pela criança e acompanhada de uma carta datilografada em papel timbrado da Faculdade, assinada pelo pesquisador responsável pelo projeto em que o mesmo se identificava, explicava o objetivo do trabalho e solicitava a colaboração dos pais tanto no sentido de preencherem os itens quanto no de apresentarem eventuais dificuldades encontradas para o seu preenchimento e apresentarem sugestões de reformulações visando melhorá-los.

Procedimento B - Aos outros 30 pais, a Escala foi entregue pessoalmente pelo pesquisador, ocasião em que ele se identificava, explicava o objetivo do trabalho e solicitava a colaboração dos mesmos, da mesma maneira que no Procedimento A. Aqui o pesquisador permanecia junto ao pai enquanto ele preenchia a Escala e, qualquer comentário feito por ele sobre eventuais dificuldades encontradas e propostas de

3 As pessoas interessadas em obter cópia do instrumento poderão solicitá-la à autora.

4 Esse é o procedimento de aplicação da Escala planejado para a coleta posterior dos dados do projeto, dependendo da sua adequação nessa etapa preliminar.

modificação eram analisados por ambos e registrados pelo pesquisador.

Resultados e discussão

As respostas dos 60 pais a cada item da Escala e seus respectivos comentários, indicando dificuldades encontradas no seu preenchimento ou sugerindo alterações nos itens, foram cuidadosamente analisados. Com base nessa análise e nos objetivos específicos do projeto que se pretende desenvolver, foram feitas adaptações na tradução da Escala original.

Aos cinco itens iniciais levantando dados de identificação da criança (nome, sexo, data de nascimento, endereço e escola) foram acrescentados mais cinco itens: série freqüentada pela criança, profissão do pai, escolaridade do pai, profissão da mãe, escolaridade da mãe.

Foram mantidos todos os oito itens do tópico relativo a **problemas de saúde** com adaptações na linguagem relativa à tradução original de dois itens (itens F e G): "Fica mal humorado e nervoso (isto é, fica irritado, grita e perde completamente o humor)" como alternativa para "Tem acesso de raiva (isto é, completa perda de humor com gritos, movimentos irritados etc.)" (item F); "Tem dado trabalho ao chegar na escola ou se recusado a entrar na escola" como alternativa para "Tem chorado para ir à escola ou se recusado a entrar na escola" (item G).

No tópico sobre **hábitos**, todos os cinco itens foram mantidos, ainda que com adaptações em dois (itens III e V). No item III, a linguagem foi modificada e o item ficou assim elaborado na sua versão adaptada: "Ele (ela) costuma roubar ou então pegar coisas dos outros às escondidas?"
() Não () Sim-ocasionalmente () Sim-freqüentemente.

Se "sim" (ocasionalmente ou freqüentemente),

o que ele costuma pegar?

- () coisas pequenas como canetas, doces, brinquedos, pequenas quantidades de dinheiro etc.
- () coisas grandes
- () tanto coisas pequenas como grandes

ele pega as coisas:

- () na sua própria casa
- () em outros lugares
- () tanto em casa como em outros lugares

ele costuma pegar essas coisas:

- () sozinho, sem ajuda de ninguém
- () junto com outras crianças ou adultos
- () algumas vezes sozinho, algumas vezes com outras pessoas

Na versão original, a formulação do item

é:

"Ele (ela) rouba coisas?... () não () sim-ocasionalmente () sim-freqüentemente

Se "sim" (ocasionalmente ou freqüentemente),

o roubo compreende:

- () pequenos furtos de canetas, doces, brinquedos, pequenas quantias de dinheiro etc.
- () roubo de coisas grandes
- () tanto pequenos furtos quanto roubos de coisas grandes

o roubo é feito:

- () em casa
- () em outros lugares
- () tanto em casa como em outros lugares

o roubo é feito:

- () por ele próprio, sozinho
- () com outras crianças ou adultos
- () algumas vezes sozinho, algumas vezes com outros.

O outro item do tópico sobre hábitos que sofreu adaptação foi o item V: "Há qualquer dificuldade com o sono"? ao qual foram acrescentadas mais oito alternativas de resposta ("tem dificuldade em pegar no sono"; "fala dormindo"; "bate a cabeça enquanto dorme"; "range os dentes enquanto dorme"; "anda dormindo"; "tem pesadelos (sonhos que perturbam)"; "tem medo da escuridão"; "de madrugada fica muito agitado, assustado, gritando de pavor") às quatro alternativas originalmente propostas ("tem dificuldade para ir dormir"; "tem dificuldade para acordar cedo de manhã"; "acorda durante à noite"; "outra, por favor descreva"). Ainda no tópico sobre hábitos foram introduzidos dois itens adicionais:

"A criança tem medo de alguma coisa (de algum objeto, pessoa ou situação)? Se sim descreva"; "A criança apresenta algum movimento repetitivo do corpo ou do rosto ou tem tiques? Se sim quais?"; acompanhado de seis alternativas de resposta: "piscar os olhos"; "repuxar a cabeça"; "repuxar a boca"; "contorcer o nariz"; "contorcer o braço"; "outro, por favor descreva". Esse último item que, na Escala original era o item 10 do tópico denominado **afirmações** e cuja formulação era "Tem contorções, mancirismos ou tiques do rosto ou corpo", foi retirado desse tópico e introduzido, na forma reformulada, no tópico sobre **hábitos**.

No tópico referente a **afirmações comportamentais**, quatro novos itens foram incorporados: "Fala palavrões, nomes feios"; "É uma criança muito agarrada à mãe e que tenta manter-se sempre perto dela"; "Fica acanhada, tímida e se retrai na presença de pessoas pouco conhecidas."; "É uma criança insegura e que não tem confiança em si mesma". Além disso, a linguagem da tradução de um item foi alterada de "Não fica sossegado para nada por mais de uns poucos momentos" para "Não consegue permanecer numa atividade qualquer por mais do que alguns minutos (isto é, fica muito pouco tempo ligado em uma atividade)".

No final da Escala, além de manter a questão original "Existem outros problemas?" foram acrescentadas mais duas questões: "A criança está em atendimento psicológico ou psiquiátrico?" e "Os senhores consideram que seu (sua) filho(a) está necessitando de atendimento psicológico ou psiquiátrico?"

A Escala A2, na sua forma final adaptada, ficou composta por 36 itens que ficaram assim distribuídos nos três tópicos: problemas de saúde (8 itens: A a H); hábitos (7 itens: I a VII); afirmações comportamentais (21 itens: 1 a 21). Além disso, a Escala adaptada passou a conter 10 itens iniciais que investigam dados de identificação da criança e dos pais (nome da criança, data de nascimento, sexo, escola, série, endere-

ço, profissão do pai, escolaridade do pai, profissão da mãe, escolaridade da mãe) e 3 questões finais (a, b e c) investigando se a criança apresenta outros problemas, se está em atendimento psicológico ou psiquiátrico e se os pais consideram que ela necessita desse tipo de atendimento.

Conforme referido anteriormente, as mudanças introduzidas no instrumento aqui analisado foram decorrentes do resultado dessa aplicação preliminar em 60 pais e também do interesse do pesquisador em levantar outras informações, julgadas relevantes para atender aos objetivos a que se propõe o projeto geral sobre distúrbios emocionais e comportamentais na infância.

Em geral, as adaptações na linguagem dos itens (como é o caso dos itens F, G, III e 10 da Escala original) foram efetuadas em função de dados fornecidos pelos pais indicando dificuldades de compreensão ou qualquer outra inadequação na sua formulação. Apenas para exemplificar, seguem alguns fragmentos de verbalizações ou anotações dos pais considerados como indicativos da necessidade de reformulação dos itens:

- "Meu filho costuma pegar coisas dos outros às escondidas mas não roubar"; O termo roubar é muito forte!" (diante do item III)

- "É comum ela ficar nervosa e mal humorada mas não chega a ter acesso de raiva"; "Acesso não é quando desmaia? Assim ela nunca teve" (diante do item F).

A introdução ou o acréscimo de alternativas de respostas a certos itens (tais como nos itens V e 10 da Escala original) teve por base tanto as respostas dos pais a estes itens, quanto a literatura sobre hábitos, tiques e problemas de sono na infância (Herbert, 1975; Telzrow, 1981; Yancy, 1981; Chess e Hassibi, 1982; Grunspun, 1985).

Levando em conta basicamente as respostas dos pais identificando outros problemas do filho que não eram investigados pelos 31 itens

da Escala original, foram introduzidos 5 novos itens em forma de escala.

Dado o interesse em se levantar outros dados relevantes acerca da criança e dos pais, foram acrescentados os 5 itens iniciais de identificação e as 2 questões finais.

Finalmente, alguns pontos em relação aos procedimentos utilizados nessa aplicação preliminar da Escala A2 merecem ser aqui considerados. Primeiro, os pais submetidos ao procedimento B (em que o aplicador estava presente enquanto os pais preenchiam a Escala) forneceram mais dados relevantes para subsidiar as reformulações do instrumento em comparação com os pais submetidos ao procedimento A (em que a Escala era enviada e devolvida através do filho na escola). Por outro lado, pode-se observar que a grande maioria das Escalas (97%) enviadas aos pais através do próprio filho na escola (Procedimento A) foram devolvidas devidamente preenchidas. Além disso, o procedimento A se mostrou pouco dispendioso e possibilitou uma aplicação rápida do instrumento a um número considerável de sujeitos. Essas observações parecem indicar a adequação desse procedimento A para uma aplicação em grande escala do instrumento, como é o caso do estudo epidemiológico planejado junto à população infantil de Ribeirão Preto.

Método

Participaram nesta etapa pais de níveis socioeconômico-educacionais variados que tinham filho(s) do sexo masculino ou feminino com idades entre 3 e 13 anos.

Para avaliar a fidedignidade entre pais (pais e mães), a Escala A2, na sua versão traduzida e adaptada pela autora deste trabalho (ver Anexo III), foi preenchida em separado por pais e mães de 56 crianças. Para avaliar a fidedignidade teste-reteste, pais de 96 crianças (mães de 52 e pais de 44 crianças) responderam a referida Escala e após 3 a 4 semanas preencheram-na

novamente informando sobre o(s) mesmo(s) filho(s).

Análise

A comparação entre as respostas dos pais e das mães (das 56 crianças) e entre as respostas dos pais (das 96 crianças) no teste e reteste, a cada um dos 36 itens da Escala adaptada, foi feita usando a estatística Kappa (Cohen, 1960) para avaliar a extensão com que o acordo entre pai e mãe e teste-reteste ultrapassa o valor esperado ao acaso.

Trata-se de um coeficiente de correlação intraclasse que tem sido usado em estudos com objetivos semelhantes aos do presente trabalho (Herjanic e Reich, 1982; Wong, 1988a). Herjanic e Reich (1982) comentam que a vantagem deste método é que ele leva em conta a alta porcentagem de acordo que é invariavelmente obtida quando os sintomas avaliados estão ausentes ou, então, são raros. Geralmente é fácil obter acordo sobre a ausência de determinado problema, produzindo uma alta "porcentagem de acordo" apenas por acaso. A estatística Kappa (ver Cohen, 1960; Fleiss, 1971) varia de valores negativos (quando o acordo obtido é menor que o acordo ao acaso) atingindo o valor máximo de 1.00 (para acordo perfeito) e passando pelo valor 0 (para acordo igual ao acaso). No trabalho de Herjanic e Reich (1982), os Kappas foram divididos em três grupos: valores iguais ou acima de .50 foram considerados altos e indicativos de um bom acordo; valores iguais ou abaixo de .29 foram considerados baixos e indicativos de um acordo pobre; valores variando de .30 a .49 foram indicativos de um acordo médio.

Para determinar o nível de acordo obtido no presente estudo, adotaram-se os mesmos critérios utilizados por Herjanic e Reich (1982).

Resultados e discussão

Os Kappas obtidos para cada um dos 36 itens individuais da Escala, comparando as respostas dos pais no teste-reteste e as respostas dos pais e das mães, são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Kappa para cada item da Escala A2 de Rutter adaptada por Graminha - Acordo teste-reteste e entre pai-mãe

ITEM	KAPPA	
	TESTE-RETESTE	PAI-MÃE
A	.66	.60
B	.48	.46
C	.94	.86
D	.84	.74
E	.84	.07
F	.59	.32
G	.65	.00
H	.79	.40
I	.73	.63
II	.75	.69
III	.79	.87
IV	.68	.33
V	.63	.21
VI	.61	.41
VII	.71	.56
1	.51	.46
2	.61	.33
3	.55	.52
4	.41	.23
5	.73	.07
6	.62	.40
7	.46	.38
8	.37	.37
9	.64	.15
10	.77	.53
11	.74	.48
12	.52	.41
13	.61	.46
14	.49	.35
15	.27	.09
16	.55	.30
17	.79	.56
18	.74	.27
19	.77	.56
20	.63	.43
21	.61	.24

Nota-se que os valores relativos ao teste-reteste variam de .27 a .94, com 30 itens alcançando valores acima de .50, 5 itens com valores entre .30 e .49 e apenas 1 item com valor abaixo de .29. Portanto, considerando-se os critérios adotados, o acordo teste-reteste pode ser considerado de moderado a bom para quase a totalidade dos itens; a única exceção refere-se ao item 15 ("É uma criança difícil, complicada ou muito

particular") cujo valor obtido indica acordo pobre.

Os valores referentes ao acordo entre pai e mãe variaram de -.09 a .87, com 11 itens com valores acima de .50, 16 itens com valores entre .30 e .49 e 9 itens com valores abaixo de .29 (incluindo um item com valor 0 e um com valor negativo, respectivamente o item G "Tem dado trabalho ao chegar na escola ou se recusado a entrar na escola" e o item 15 "É uma criança difícil, complicada ou muito particular"). Assim, de acordo com o critério adotado, a maioria dos itens (27 itens) obteve valores indicativos de um acordo entre pai e mãe de moderado a bom, permanecendo 9 itens com valores baixos.

Em síntese, os dados obtidos evidenciam que a Escala A2 adaptada tem uma fidedignidade teste-reteste aceitável para quase todos os itens (97% deles) e uma fidedignidade entre-pais também aceitável para a maioria dos itens (75% deles).

É interessante observar que os Kappas obtidos na comparação teste-reteste são sempre mais altos do que na comparação entre-pais e que em apenas 11 itens, dentre os 36 da Escala, se obteve um nível bom de acordo entre pai e mãe. Em relação a isso, é importante considerar que provavelmente um acordo alto entre pai e mãe na avaliação do comportamento do filho não deveria ser necessariamente esperado, diante dos resultados do trabalho recentemente publicado por Leblanc e Reynolds (1989), indicando que pai e mãe comumente diferem quanto a sua percepção do comportamento do filho e que as diferenças são, não apenas substanciais, mas também, comuns e constantes.

Os resultados aqui encontrados parecem confirmar em parte os obtidos por estes autores. No entanto, os dados do presente estudo parecem indicar também que o grau de acordo entre pai e mãe varia em função do aspecto do comportamento da criança que está sendo avaliado.

Apenas para ilustrar este ponto, estão relacionados no Quadro 1 os itens que alcançaram valores extremos, ou seja, aqueles em que não há acordo, ou que o acordo é fraco ($k \leq .15$) e aqueles em que o acordo é alto ($k > .60$).

QUADRO 1. Relação dos itens da Escala A2 adaptada que alcançaram os níveis mais altos ($k > .60$) e mais baixos ($K \leq .15$) de acordo entre pai e mãe

Itens com níveis mais altos de acordo ($K > .60$)	Itens com níveis mais baixos de acordo ($K \leq .15$)
III. "Ele (ela) costuma roubar ou então pegar coisas dos outros às escondidas?" ($k = .87$)	15. É uma criança difícil, complicada ou muito particular". ($k = -.09$)
C. Asma ou crises respiratórias ($k = .86$)	G. Tem dado trabalho ao chegar na escola ou se recusado a entrar na escola. ($k = .00$)
D. Faz xixi na cama ou nas calças. ($k = .74$)	E. Faz cocô na roupa. ($k = .07$)
II. Há alguma outra dificuldade com a falta, além da gagueira? ($k = .69$)	5. Não é uma criança muito querida pelas outras crianças. ($k = .07$)
I. Ele (ela) gagueja? ($k = .63$)	9. Frequentemente a criança parece estar tristonha, infeliz ou angustiada. ($k = .15$)

Nota-se que os itens em que o acordo entre pai e mãe é mais alto têm a característica de buscarem informações objetivas e concretas a respeito da criança e de se referirem a comportamentos explícitos, observáveis que dificilmente deixariam de ser percebidos por ambos os pais. Já em relação aos itens em que o acordo é fraco ou inexistente, observa-se que alguns deles (itens 15,5 e 9) buscam informações mais subjetivas; outros (itens G e E) parecem se referir a aspectos do comportamento da criança que ocorrem mais na presença de um dos pais ou atingem mais um deles, em geral a mãe, talvez por ser a pessoa mais diretamente responsável pelo cuidado da criança naqueles aspectos investigados (escola e treino ao toalete). Uma observação à parte das respostas dos pais a estes dois últimos itens evidencia realmente que eles são avaliados afirmativamente por um número maior de mães do que de pais. De qualquer maneira, uma análise item por item para verificar quais são mais percebidos pelos pais ou pelas mães, ou quais são avaliados por um e outro como ocorrendo de forma mais ou menos intensa, poderia ser uma próxima etapa importante a ser cumprida.

Referências

- Anderson, J.C.; Williams, S.; McGee, R. e Silva, P.A. (1987). DSM-III Disorders in Preadolescent children. *Archives of General of Psychiatry*, **44**, 69-76.
- Barton, Y. e Fitzgerald, M. (1986). A study of behavioural deviance in 10 and 11 year old Irish school girls in an urban area. *Irish Medical Sciences*, **155**, 80-82
- Boyle, M.H. e Jones, Sh. C. (1985). Selecting measures of emotional and behavioral disorders of childhood for use in general populations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **26**, 137-159.
- Boyle, M.H.; Olford, D.R.; Hofmann, H.G.; Catlin, G.P.; Byles, J.A.; Cadman, D.T.; Crawford, J.W.; Links, P.S.; Rae-Grant, N.I. e Szatmari, P. (1987). Ontario Child Healthy Study. I. Methodology. *Archives of General Psychiatry*, **44**, 826-831.
- Chess, S. e Hassibi, M. (1982). *Princípios e prática da psiquiatria infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scale. *Educational and Psychological Measurement*, **20**, 37-46.
- Connell, H.M.; Irvine, I. e Rodney, J. (1982). The prevalence of psychiatric disorder in rural school children. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **16**, 43-46.
- Fitzgerald, M. e Kinsella, A. (1987). Behavioural deviance in an Irish urban and rural town sample. *Irish Journal Medical Sciences*, **156**, 219-220.

- Fleiss, J.L. (1975). Measuring agreement between two judges on the presence or absence of a trait. *Biometrics*, **31**, 651-659.
- Fombonne, E. (1989). The Child Behaviour Checklist and the Rutter Parental Questionnaire: a comparison between two screening instruments. *Psychological Medicine*, **19**, 777-785.
- Garralda, M.E. e Bailey, D. (1986). Children with psychiatric disorders in primary care. *Journal Child Psychology Psychiatry*, **27**, 611-624.
- Grunspun, H. (1985). *Distúrbios neuróticos da criança*. São Paulo: Atheneu.
- Herbert, M. (1975). *Problems of childhood. A complete guide for all concerned*. London: Pan Books Ltd.
- Herjanic, B. e Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **10**, 307-324.
- Leblanc, R. e Reynolds, C. (1989). Concordance of mothers' and fathers' ratings of children's behavior. *Psychology in the schools*, **26**, 225-229.
- Matsuura, M.; Okubo, Y.; Kato, M.; Kojima, T.; Takahashi, R.; Asai, K.; Asai, T.; Endo, T.; Yamada, S.; Nakane, A.; Kimura, K. e Suzuki, M. (1989). An epidemiological investigation of emotional and behavioural problems in primary school children in Japan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **24**, 17-22.
- McGee, R.; Silva, P.A. e Williams, S. (1984). Behaviour problems in a population of seven-year-old children: prevalence, stability and types of disorder - a research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **25**, 251-259.
- Mcgee, R.; Williams, S.; Bradshaw, J.; Chapel, J.L.; Robins, A. e Silva, P.A. (1985). The Rutter Scale for completion by teachers: factor structure and relationships with cognitive abilities and family adversity for a sample of New Zealand Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **26**, 727-739.
- Offord, D.R.; Boyle, M.H.; Szatmari, P.; Rae-Grant, N.I.; Links, P.S.; Cadman, D.T.; Byles, J.A.; Crawford, J.W.; Blum, H.M.; Byrne, C.; Thomas, H. e Woodward, C.A. (1987). Ontario Child Health Study. II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, **44**, 832-836.
- Robertson, B.A. e Juritz, J.M. (1988). Behavioural screening of 10 - and 13-year-old pupils in selected schools in the Cape Peninsula. *South African Medical Journal*, **73**, 24-25.
- Rutter, M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **8**, 1-11.
- Rutter, M.; Cox, A.; Tupling, C.; Berger, M. e Yule, W. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas: I. The prevalence of psychiatric disorder. *Br. J. Psychiat*, **126**, 493-509.
- Rutter, M.; Tizard, J. e Whitmore, K. (1981). *Education, Health and Behavior*. Huntington: Krieger.
- Telzrow, R.W. (1981). Habit patterns. Em S. Gabel (Org.) *Behavioral problems in childhood*. New York: Grune & Stratton.
- Verhulst, F.C.; Akkerhuis, G.W. e Althaus, M. (1985). Mental health in Dutch children: I. A cross-cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **72**, Suppl. 323.
- Verhulst, F.C.; Berden, G.F.M.G. e Sanders-Woudstra, J.A.R. (1985). Mental Health in Dutch children. II. The prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **72**, Suppl. 324.
- Verhulst, F.C. e Althaus, M. (1988). Persistence and Change in behavioural/emotional problems reported by parents of children aged 4-14; and epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **77**, Suppl. 339.
- Wang, J.F.; Shen, J.C.; Gu, B.M.; Jia, M.X. e Zhang, A.L. (1989). An epidemiological study of behaviour problems in school children in urban areas of Beijing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **30**, 907-912.
- Wong, C.K. (1988a). The Rutter Parent Scale A2 and Teacher Scale B2 in chinese I. Translation study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **77**, 724-728.
- Wong, C.K. (1988b). The Rutter Parent Scale A2 and Teacher Scale B2 in chinese II. Clinical validity among Chinese children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **78**, 11-17.
- Yancy, W.S. (1981). Repetitive movements. Em S. Gabel (Org.) *Behavioral problems in childhood*. New York: Grune & Stratton.