

Follow-up em avaliação psicológica com uma amostra de serviço-escola

Follow-up on psychological assessment with a school-service sample

Follow-up de la evaluación psicológica con una muestra de servicio escola

Trabalho de Conclusão de Curso

a fim de obter título de Psicólogo pela

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Aluno: Gabriel dos Reis Rodrigues

Orientadora: Denise Ruschel Bandeira

Coorientadora: Aline Riboli Marasca

Porto Alegre/RS

Dezembro de 2019

A avaliação psicológica é definida como um processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos – composto por métodos, técnicas e instrumentos – com o objetivo de prover informações à tomada de decisão, no âmbito individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas (Conselho Federal de Psicologia, 2018). A avaliação psicológica no contexto clínico, chamada de psicodiagnóstico, tem como objetivo compreender a queixa de um indivíduo, assinalando suas dificuldades e potencialidades (Krug, Trentini, & Bandeira, 2016). Ao final da avaliação, o avaliador discute com o paciente e com sua família os resultados encontrados e indica encaminhamentos terapêuticos a fim de mitigar as queixas trazidas no início do processo. Essa sessão de encerramento do psicodiagnóstico é chamada de entrevista devolutiva.

A entrevista devolutiva em psicodiagnóstico é o momento de retomada dos motivos e perguntas iniciais da avaliação, discussão sobre o processo, comunicação dos resultados e sugestão de indicações terapêuticas para o caso (Albornoz, 2016). Alguns exemplos de indicações terapêuticas podem ser: psicoterapia individual, acompanhamento psiquiátrico, fonoterapia, atendimento psicopedagógico, entre outros. Assim sendo, atenta-se que o intuito dessa entrevista final dispõe também sobre uma ética em avaliação, pois a partir dessas indicações busca-se produzir benefícios reais para o avaliado (Muniz, 2018).

As indicações terapêuticas devem variar de caso a caso, considerando aspectos como demandas e queixas iniciais, aspectos socioeconômicos da família, resultados da avaliação, etc. (Albornoz, 2016). Outros autores defendem que características como relação com o avaliador, percepção de dificuldades e da relevância do tratamento, práticas parentais, local de moradia e acesso a serviços de saúde também devem ser considerados ao se realizar uma indicação (Geffken, Keeley, Kellison, Storch, & Rodrigue, 2006; Kazdin, Holland, Crowley, & Breton, 1997; MacNaughton & Rodrigue, 2001; Mucka et al., 2016; Nanninga, Jansen, Kazdin, Knorth, & Reijneveld, 2016).

Como foi visto, embora as indicações terapêuticas sejam fornecidas a fim de melhorar o funcionamento do avaliando e da sua qualidade de vida, a recomendação de um tratamento não garante a procura ou o seguimento nesse novo atendimento. Estudos internacionais indicam taxas de 70% de adesão dos pais às indicações terapêuticas após a avaliação psicológica (Dreyer, O’Laughlin, Moore, & Milam, 2010; Geffken et al., 2006; MacNaughton & Rodrigue, 2001). O trabalho de MacNaughton e Rodrigue (2001) foi o primeiro a investigar diretamente o seguimento das indicações terapêuticas após a avaliação. Esse estudo indicou que as famílias com crianças que passaram por psicodiagnóstico buscaram menos as indicações para serviços psicológicos. As taxas para a procura dos serviços indicados foram de 67% ($DP = 33.80$), variando de 47% ($DP = 48.01$) para serviços psicológicos (como psicoterapia) até 81% ($DP = 37.63$) para consultas com profissionais de saúde de outras áreas. Ainda, Dreyer et al. (2010) indicaram que os pais de crianças recém diagnosticadas com Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) aderiram mais a recomendações não psicológicas (e.g., procura de um profissional médico) do que às psicológicas. Semelhante a isso, Bennett, Power, Rostain, e Carr (1996) apresentaram que os pais de crianças com TDAH buscaram mais o tratamento medicamentoso (72%) do que por psicoterapia (49%) após a avaliação, mesmo com ambas indicadas.

Na literatura brasileira sobre indicações terapêuticas, encontram-se principalmente estudos feitos a fim de levantar as principais queixas recebidas ou indicações que podem ser sugeridas (Reppold & Hutz, 2008; Gomes & Pedrero, 2015; Scortegagna & Levandowski, 2004) ou a fim de divulgar a prática de avaliação psicológica interventiva (Scaduto, Cardoso, & Heck, 2019). Ainda sobre o contexto brasileiro, o estudo de Gastaud, Feil, Merg, e Nunes (2014) investigou o papel mediador do psicodiagnóstico no processo de psicoterapia. Os resultados indicam que crianças que passaram pela avaliação psicológica tiveram 65% mais chance de aderir ao tratamento do que as que não passaram. O trabalho discute que o processo

de avaliação auxiliou em termos de adesão ao tratamento, o que pode sugerir um efeito importante de uma entrevista de devolução bem conduzida.

Mesmo com esses trabalhos, nenhum estudo nacional, até o momento, abordou diretamente o seguimento das indicações terapêuticas após a avaliação psicológica. Descrever os seguimentos nas indicações terapêuticas é um primeiro passo importante para identificar preditores de adesão aos tratamentos sugeridos no psicodiagnóstico. A produção de pesquisa básica com tal enfoque busca fundamentar práticas de Avaliação Baseada em Evidências (*Evidence-Based Assessment*; Hunsley & Mash, 2007; Kazdin, 2005; Youngstrom, 2013).

Sendo assim, o objetivo deste estudo é o de caracterizar as indicações terapêuticas e os seus seguimentos pelas famílias a partir de uma amostra de serviço-escola em avaliação psicológica. Como objetivo específico, busca-se delinear quais encaminhamentos são mais indicados, quais os mais procurados pelos pacientes e/ou familiares, e quais os mais iniciados. Além disso, tem-se como objetivo identificar possíveis associações entre a porcentagem de indicações procuradas (taxa de procura) e os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes.

Método

Participantes

Trata-se de um estudo longitudinal quantitativo, descritivo e correlacional. Este contou com uma amostra de 75 participantes com idades variando entre três e 71 anos ($M = 14.30$, $DP = 11.54$), sendo 65.7% dos participantes ($n = 44$) do sexo masculino. A renda familiar total da família dos participantes (*missing value* = 11) variou entre R\$300-R\$5000, com $M = 1746$ (911). Os dados sociodemográficos dos participantes podem ser vistos na Tabela 1; os dados clínicos, na Tabela 2.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos da Amostra

Variáveis	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	48	64.0
Feminino	27	36.0
Total	75	100.0
Idade		
≤ 11 anos	44	58.7
12-17 anos	20	26.6
≥ 18	11	14.7
Total	75	
Escolaridade		
Sem ensino formal	2	2.8
Pré-escolar	3	4.0
Fundamental incompleto	43	57.3
Médio incompleto	21	28.0
Médio completo	1	1.3
Superior incompleto	3	4.0
Superior completo	1	1.3
Pós-graduação incompleta	1	1.3
Total	75	100.0
Cuidador principal		
Mãe biológica	36	48.0
Ambos pais biológicos	21	28.0
Outros	5	6.7
Pai biológico	4	5.3
Avós	4	5.3
Ambos pais adotivos	2	2.7
Pai adotivo	1	1.3
Não consta	2	2.7
Total	75	100.0
Reside em		
Porto Alegre	40	53.3
Região Metropolitana	30	41.1
Interior	4	5.3
Não consta	1	1.3
Total	75	100.0

Procedimentos

Este trabalho é derivado do projeto “Centro de Avaliação Psicológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Caracterização da Clientela, *Follow-up* e Estudos de Caso” (Projeto de Pesquisa nº 23675). O Centro de Avaliação Psicológica (CAP) da UFRGS é um

serviço-escola que presta avaliação psicológica à comunidade. Durante a entrevista de triagem no serviço, é explicado aos participantes e às suas famílias sobre a pesquisa realizada, e é nesse encontro que tanto o paciente quanto a sua família preenchem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tabela 2

Dados Clínicos da Amostra

Variáveis	<i>n</i>	%
Queixas iniciais		
Dificuldade de aprendizagem	58	77.3
Desatenção	31	41.3
Habilidades sociais	19	25.3
Problemas neurodesenvolvimentais	15	20.0
Agressividade	14	18.7
Ansiedade	13	17.3
Hiperatividade	13	17.3
Humor deprimido	9	12.0
Problemas de conduta	8	10.7
Problemas de memória	8	10.7
Delírios/alucinações	1	1.3
Outros	10	13.3
Faz uso de medicação?		
Sim	30	40.0
Não	45	60.0
Total	75	100.0
Diagnóstico prévio?		
Sim	28	37.3
Não	46	61.3
Não consta	1	1.3
Total	75	100.0
Diagnóstico fornecido pelo CAP?		
Sim	44	58.7
Não	30	40.0
Não consta	1	1.3
Total	75	100.0

Ao final da avaliação, sugerem-se indicações terapêuticas ao caso e são inseridas as informações sobre toda a avaliação psicológica no banco de dados do CAP. A entrevista de *follow-up* ocorre pelo menos três meses após a finalização do psicodiagnóstico, quando um estagiário de psicologia realiza o contato telefônico com a família do paciente a fim de

levantar dados sobre o seguimento das indicações terapêuticas. Como critério de inclusão neste estudo, o participante deveria ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – apresentado no Anexo A –, ter concluído a avaliação psicológica, ter recebido ao menos uma indicação terapêutica, e ter realizado a entrevista de *follow-up*.

Instrumentos

O CAP/UFRGS mantém um banco de dados com informações sobre cada paciente. O banco de dados é atualizado em três momentos. (1) Após a primeira entrevista com os pais (anamnese), os avaliadores devem inserir idade, escolaridade, cuidador principal, com quem reside, renda familiar total e outros dados socioeconômicos do paciente. Ainda nesse primeiro momento, inserem-se no banco de dados os motivos para busca do psicodiagnóstico, se o paciente já realizou alguma avaliação psicológica previamente, se ele ou alguém de sua família recebeu algum diagnóstico psiquiátrico, etc. (2) O segundo momento de atualização desse banco de dados é realizado após a finalização do psicodiagnóstico, no qual são inseridos o número de sessões, as técnicas e os testes psicológicos utilizados, o fornecimento ou não de um diagnóstico, etc. Caso haja abandono por parte do paciente (i.e., caso ele deixe de ir às sessões), isso também deve ser reportado. (3) O terceiro momento de atualização desses dados ocorre pelo menos três meses depois de finalizado o processo psicodiagnóstico, denominada entrevista de *follow-up*.

A entrevista de *follow-up* – apresentada no Anexo B – é composta por perguntas fechadas que são preenchidas pelo estagiário de psicologia que realiza o contato telefônico com a família do paciente. Ao menos três meses após a conclusão do atendimento, pergunta-se quais indicações foram procuradas e sobre o motivo para não buscar um encaminhamento, caso não tenha sido procurado algum (ou nenhum). Ainda, caso tenha sido buscado, quais encaminhamentos não foram iniciados e o motivo para não se ter iniciado o encaminhamento. Ademais, questiona-se se ainda está em tratamento e, conforme o caso, sobre o motivo para

não se estar em um tratamento – caso o motivo seja interrupção involuntária, indaga-se por que o tratamento foi interrompido. Ao final, pergunta-se se o tratamento está sendo satisfatório e sobre quem respondeu às perguntas. Uma sessão do formulário é reservada para comentários possíveis do entrevistador. Para o presente trabalho, foram selecionados os dados clínicos e sociodemográficos do momento 1 e 2, além das informações provenientes da entrevista de *follow-up*.

Análise de Dados

Os dados foram analisados utilizando-se o software IBM SPSS 20. Em um primeiro momento, foram realizadas análises de frequência buscando-se levantar a quantidade de encaminhamentos indicados, procurados e iniciados de acordo com as indicações terapêuticas.

Em um segundo momento, calculou-se a taxa de procura de acordo com a quantidade de indicações terapêuticas sugeridas no psicodiagnóstico, conforme estabelecido em estudos anteriores (Geffken et al., 2006; MacNaughton & Rodrigue, 2001; Mucka et al., 2016). Por exemplo, casos que receberam quatro indicações terapêuticas e procuraram duas delas tiveram o escore de 50% de procura; casos que receberam uma indicação terapêutica e procuraram uma tiveram o escore de 100% de procura; casos que receberam uma indicação terapêutica e procuraram duas indicações tiveram o escore de 200% de procura.

Dados iniciais indicaram desvios da normalidade para a variável taxa de procura. Sendo assim, análises não paramétricas foram conduzidas. A correlação de Spearman foi realizada entre taxa de procura e variáveis clínicas/sociodemográficas consideradas relevantes (idade do avaliando, quantidade de profissionais consultados, quantidade de indicações recebidas, renda familiar, renda por pessoa). O teste Mann-Whitney foi utilizado para calcular diferenças entre grupos nos escores de taxa de procura. Os grupos avaliados foram: escolaridade máxima de pelo menos um dos cuidadores principais (até ensino fundamental X ensino médio ou acima); diagnóstico prévio (com diagnóstico prévio X sem diagnóstico

prévio); diagnóstico na devolução (com diagnóstico na devolução X sem diagnóstico na devolução); uso contínuo de medicação psiquiátrica (utiliza medicação psiquiátrica X não utiliza medicação psiquiátrica).

Resultados

Levantamento sobre Procura e Início

Em média, os casos receberam entre 1 a 7 indicações ($M = 2.73$, $DP = 1.34$), sendo a taxa de procura delas variando entre 0 e 300% ($M = 78.38$, $DP = 63.45$). 65 casos (86.7%) receberam duas ou mais indicações na entrevista de devolução. Desses, após três meses ou mais, 15 casos (20%) ainda não tinham buscado nenhum encaminhamento, 29 (38.7%) haviam buscado pelo menos um deles, 16 (21.3%) haviam procurado todas as indicações terapêuticas e 15 (20%) procuraram mais que todas as indicações.

As indicações terapêuticas dos 75 casos de psicodiagnóstico são apresentadas na Tabela 3. Além da quantidade de procura e o início do atendimento conforme a indicação terapêutica recebida na entrevista de devolução, a Tabela 3 apresenta os dados referentes a casos que não receberam uma indicação mas que mesmo assim a procuraram. A maior taxa de procura observada ocorreu para o encaminhamento neurologia (76.92%), seguido por psicopedagogia (61.90%), e após por psicoterapia (58.18%). Após três meses, as maiores taxas de início depois da procura foram observadas nos encaminhamentos reabilitação neuropsicológica (100%, com um caso de procura), reforço escolar (100%, com cinco casos) e psiquiatria (85.71%). Três meses depois de concluído o processo de avaliação psicológica, a psicoterapia teve a menor taxa de início após a procura considerando-se os encaminhamentos indicados.

Tabela 3

Procura de Encaminhamentos por Encaminhamentos Indicados e por Encaminhamentos Não Indicados

	Indicado	Procurado	Iniciado	Não indicado	Procurado	Iniciado
Psicoterapia	55	32	17	19	9	4
Outros	26	10	6	49	6	5
Fonoaudiologia	26	15	8	48	4	4
Psiquiatria	21	7	6	53	4	4
Psicopedagogia	21	13	10	53	10	8
Reforço Escolar	18	5	5	56	2	1
Neurologia	13	10	7	61	5	5
Reabilitação Neuropsicológica	6	1	1	68	0	0

Observando-se a distribuição de procura e de início para os encaminhamentos não indicados na Tabela 3, aponta-se para a taxa de 47.37% de procura por psicoterapia para os pacientes que não receberam essa indicação. Ainda, dez de 53 casos (18.87%) que não receberam a indicação terapêutica de psicopedagogia procuraram por esse serviço ao menos três meses depois do psicodiagnóstico. Atrelado aos dados de procura, a Figura 1 apresenta os motivos para não se procurar uma indicação terapêutica. Como principais motivos, foram citadas questões financeiras, o fato de que ainda pretendiam procurar, falta de tempo e problemas com o local.

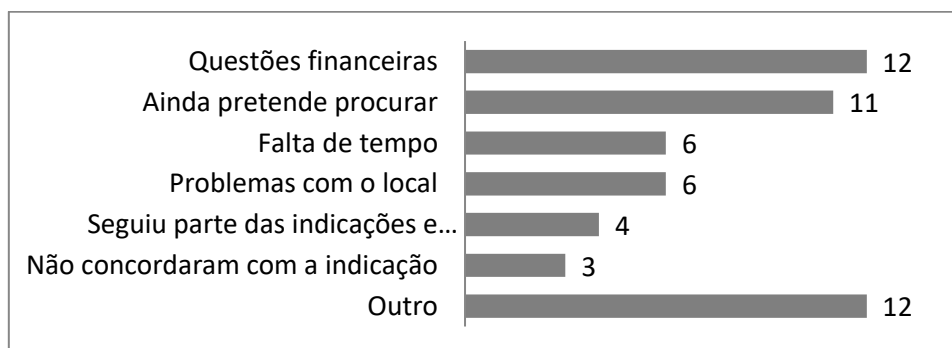


Figura 1. Motivos para não se procurar uma indicação terapêutica. Todos os motivos são indagados na Entrevista de *Follow-Up* pelos entrevistadores, ou seja, não partem de comentários espontâneos da família do paciente.

Correlações e Diferenças entre Grupos

A análise de correlação entre taxa de procura e quantidade de indicações recebidas na devolução indicou associação negativa moderada entre as duas variáveis ($r_s = -.282, p < .02, n = 75$). As demais análises de correlação com taxa de procura não foram significativas. Não houve associação entre taxa de procura e: renda familiar total ($r = -.053, p = .683, n = 62$); renda por pessoa da família ($r_s = .082, p = .524, n = 62$); idade do paciente ($r_s = -.174, p = .135, n = 75$); e quantidade de profissionais que acompanham ou já acompanharam o paciente ($r_s = .058, p = .620, n = 75$).

Tabela 4

Diferenças nos Escores de Taxa de Procura dos Grupos em Relação a Variáveis Clínicas e Sociodemográficas

Variáveis	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i>	<i>r</i>
Escolaridade máxima (cuidador principal)					
Até fundamental	447.50	0.56	.58	60.00	.07
Médio ou acima				80.00	
Diagnóstico prévio					
Com diagnóstico prévio	723.00	0.89	.37	90.00	.10
Sem diagnóstico prévio				66.66	
Diagnóstico na devolução					
Com diagnóstico na devolução	626.00	-0.38	.70	70.83	-.04
Sem diagnóstico na devolução				83.33	
Utiliza medicação psiquiátrica contínua					
Utiliza	904.50	2.51	.01	100.00	.29
Não utiliza				50.00	

Em relação às análises de diferenças entre grupos, apresentadas na Tabela 4, não houve diferença significativa na média de taxa de procura entre o grupo dos cuidadores

principais com escolaridade até o ensino fundamental X com ensino médio ou acima. Foi averiguada a diferença quanto à taxa de procura das indicações entre o grupo de pacientes que já havia recebido diagnóstico psicológico/psiquiátrico/neurológico e os que não haviam. O resultado indicou não haver diferenças significativas entre os dois grupos. Do mesmo modo, o grupo que recebeu diagnóstico após a avaliação no CAP não apresentou taxa de procura significativamente diferente à do grupo que não recebeu diagnóstico.

Ademais, o grupo de pacientes que faziam uso contínuo de medicação psiquiátrica apresentou maior taxa de procura ($Mdn = 100$) do que o grupo que não fazia ($Mdn = 50$), sendo $U = 904.50$, $z = 2.51$, $p = .01$. O tamanho de efeito apresentou magnitude moderada ($r = 0.29$); considerando-se as médias, o grupo que fazia uso de medicação procurou 36.78% de indicações terapêuticas a mais.

Discussão

A taxa de procura apresentou grande variabilidade (entre 0 e 300%), indicando a pluralidade de conclusões que uma família pode construir ao final de uma avaliação psicológica. Destaca-se que 15 famílias buscaram mais indicações do que receberam na entrevista de devolução. Isso pode estar relacionado a um índice alto de engajamento dessas famílias no tratamento do avaliando e de suas questões de saúde. Ainda sobre isso, é relevante informar que algumas indicações terapêuticas podem ter sido sugeridas verbalmente durante o processo de devolução, sem ter entrado para o banco de dados do serviço. Deste modo, por exemplo, um caso pode ter recebido três encaminhamentos na devolução, mas no banco de dados, apenas um havia sido registrado. Isso pode ter colaborado para a inflação da taxa de procura de indicações, que em alguns casos foi de 300%.

A maior taxa de procura encontrada recaiu sobre um encaminhamento não psicológico para um profissional da saúde (neurologia), o que vai ao encontro de estudos internacionais

(Bennett et al., 1996; Dreyer et al., 2010; MacNaughton & Rodrigue, 2001). Isso pode ter ocorrido devido à valorização cultural pelos saberes médico/biológico. Semelhante a isso, 10 de 53 casos procuraram psicopedagogia mesmo sem ter recebido essa indicação terapêutica. É possível que, mesmo com outras indicações, exista uma grande preocupação em relação ao desempenho escolar, o que estimula a busca por um serviço que atenda especificamente a isso.

A psicoterapia foi a terceira indicação terapêutica mais procurada, possuindo taxa de procura acima de 50%. A procura por psicoterapia aconteceu em 47.37% dos casos que não receberam essa indicação. Hipotetiza-se que isso ocorreu devido ao efeito que a avaliação psicológica pode ter no paciente (Gastaud et al., 2014). Supõe-se que a rotina de frequentar um serviço de psicologia, de realizar as atividades de psicodiagnóstico com pessoas que validam os sentimentos e as percepções dos avaliados podem gerar benefícios percebidos pela família no bem-estar desse sujeito (Mônego, 2016). Assim, após a avaliação, acabam por entender que a psicoterapia seria um bom encaminhamento mesmo não tendo recebido essa indicação. Entretanto, embora a psicoterapia tenha sido procurada, apenas 53.12% dos casos que procuraram esse atendimento conseguiram o iniciar até três meses depois da avaliação. Supõe-se que isso ocorre devido ao custo do atendimento ou às filas de espera de clínicas-escolas e de clínicas de formação.

Sobre as correlações, a variável taxa de procura não apresentou associação significativa com idade, nem renda, nem quantidade de profissionais que consultaram o paciente. Observou-se uma correlação negativa e moderada entre a quantidade de encaminhamentos indicada e a taxa de procura de indicações. Isso pode apontar para dificuldades das famílias em dar seguimento a um grande número de indicações terapêuticas. Tal resultado pode ser contraintuitivo, tendo em vista que os profissionais de avaliação

psicológica, em sua prática clínica, talvez indiquem um alto número de encaminhamentos esperando que o paciente siga pelo menos alguns destes.

O grupo de pacientes que já fazia uso contínuo de medicação psiquiátrica apresentou maior taxa de procura das indicações do que o grupo que não fazia uso de medicação. Hipotetiza-se que a intensidade de sintomas possa estar associada ao engajamento na procura por atendimentos (Lindsey et al., 2013). Ou seja, talvez pacientes com sintomas mais graves ou pervasivos possuam, devido a isso, famílias mais engajadas na resolução dos problemas relacionados à saúde. Assim, independente das condições financeiras – caso a indicação seja feita conforme a realidade socioeconômica da família –, um grande fator para a procura pode ser o engajamento da família no tratamento.

Em relação aos motivos listados para não se procurar uma indicação terapêutica (Figura 1), em primeiro lugar estão as questões financeiras. Embora as questões financeiras tenham sido o principal motivo relatado para não se buscar uma indicação terapêutica, não houve correlação significativa entre a taxa de procura do caso e entre renda (familiar ou por pessoa). É possível que os familiares percebam como “questões financeiras” as dificuldades relacionadas também a outros impedimentos. Assim, talvez caracterizem como “questões financeiras” as dificuldades relacionadas ao transporte, por exemplo. A limitação a sete motivos de não procura (como apresentado na questão 6 do Anexo A) pode ter prejudicado a variedade de respostas à pergunta *Caso não tenha procurado algum (ou nenhum) dos encaminhamentos, qual foi o motivo?*. De acordo com a literatura, dificuldades na procura podem ocorrer devido a: clareza da indicação, lembrança das informações da devolução, recordação sobre como entrar em contato com cada local de atendimento, ou até a uma possível melhora do paciente após seguir alguns dos encaminhamentos (Geffken et al., 2006; Kazdin et al., 1997; Lindsey et al., 2013; Mucka et al., 2016; Nanninga et al., 2016).

Buscando mapear as razões pelas quais pais de crianças não buscavam os encaminhamentos indicados em atendimentos em saúde, Kazdin et al. (1997) desenvolveram o modelo *Barriers to Treatment* (em tradução livre, *Barreiras ao Tratamento*). As Barreiras ao Tratamento envolvem todos os fatores que dificultam o estabelecimento de uma boa relação entre a família e a clínica de atendimento em saúde. Essas barreiras podem ser (1) estressores e obstáculos, eventos que interferem na participação do tratamento, como conflito familiar acerca do tratamento, dificuldades relacionadas ao tempo, problemas de transporte, mal tempo, etc. Ainda, (2) demandas do tratamento e problemas relacionados a ele podem dificultar a adesão ao tratamento, como o preço do tratamento, o trabalho que advém dele e a recusa da criança em participar do tratamento. (3) A relevância percebida pelo tratamento pode fazer com que uma indicação seja mais valorizada do que a outra em relação à resolução das queixas do avaliando. Por fim, (4) a relação com o terapeuta expressa pensamentos de que recebem suporte e apoio do profissional que atende o paciente.

Sugere-se que os fatores acima apresentados sejam investigados durante o processo de avaliação psicológica e/ou na entrevista de devolução. Albornoz (2016) indica que os encaminhamentos dados na devolução sejam elencados em ordem de prioridade e que sejam discutidas com a família sua necessidade e viabilidade. Em consonância a isso, Nanninga et al. (2016) aconselha que cada encaminhamento seja avaliado quanto às suas dificuldades e benefícios como se estivesse acontecendo no agora. Isso implica discutir horários possíveis para ele acontecer, transporte até os serviços indicados, benefícios e ações esperadas da família durante o tratamento, etc. Com isso, se espera iniciar uma discussão ativa e compreensiva sobre como as indicações se organizariam na vida dessa família, ao mesmo tempo em que se pode adequar, durante a devolução, as expectativas que estão relacionadas a cada encaminhamento. As atitudes do avaliador durante a explicação dos resultados e das

indicações são muito importantes, e podem constituir um dos principais fatores para a busca da intervenção (Lindsey et al., 2013).

Considerações Finais

A partir do exposto, nota-se que uma limitação deste estudo foi a utilização de um formulário de entrevistas com perguntas fechadas ao avaliar os motivos para não se buscar atendimento. Deste modo, pesquisas futuras poderiam investigar, a partir de questões abertas, os principais motivos para não se buscar uma indicação. Em conjunto a isso, seria importante esclarecer os motivos para não procura de cada uma das indicações. Atualmente, por exemplo, não se consegue discriminar se a razão pela qual o paciente não buscou indicações médicas é a mesma pela qual não buscou outros encaminhamentos. Esse seria um passo importante para se mapear dificuldades entre uma indicação e a sua procura, além de possibilitar o investimento em esforços na entrevista de devolução a fim de prevenir baixos índices de procura.

Ainda sobre as limitações, pontua-se o número amostral baixo e os *missing values*. O baixo número amostral e os *missing values* advém da implementação da entrevista de *follow-up* apenas recentemente. Devido a isso, muitos casos de 2016 e antes que possuíam dados completos do momento 1 e do momento 2 ainda não tinham as informações da entrevista de *follow-up*. Além disso, a restrição a apenas uma amostra de serviço-escola da região metropolitana de Porto Alegre pode ser outra limitação. É possível que em outros contextos, configurações diferentes sejam observadas.

Este estudo buscou avançar no conhecimento, na prática e na discussão sobre as indicações terapêuticas ao final do psicodiagnóstico. Todas as sugestões práticas apontadas na discussão podem ser implementadas durante o processo psicodiagnóstico ou durante a

entrevista de devolução, momento no qual são dadas as indicações terapêuticas. Assim, nota-se que, apesar de ser o último momento da avaliação, a entrevista de devolução possui uma das principais atribuições do psicodiagnóstico, a de “prover informações à tomada de decisão (...) com base em demandas, condições e finalidades específicas.” (Conselho Federal de Psicologia, 2018).

Referências

- Albornoz, A. C. G. (2016). Devolução das informações do psicodiagnóstico. In Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Trentini, C. M., & Krug, J. S. (Orgs), *Psicodiagnóstico* (pp. 160-171). Porto Alegre: Artmed.
- Bennett, D. S., Power, T. J., Rostain, A. L., & Carr, D. E. (1996). Parent acceptability and feasibility of ADHD interventions: Assessment, correlates, and predictive validity. *Journal of Pediatric Psychology*, *21*(5), 643-657. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/21.5.643>
- Dreyer, A. S., O’Laughlin, L., Moore, J., & Milam, Z. (2010). Parental adherence to clinical recommendations in an ADHD evaluation clinic. *Journal of Clinical Psychology*, *66*(10), 1101–1120. <https://doi.org/10.1002/jclp.20718>
- Gastaud, M. B., Feil, C., Merg, M. G., & Nunes, M. L., T. (2014). Psychological Assessment as a protective factor against treatment dropout in psychoanalytic child psychotherapy of children: empirical data. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *27*(3), 498-503. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427310>
- Geffken, G. R., Keeley, M. L., Kellison, I., Storch, E. A., & Rodrigue, J. R. (2006). Parental adherence to child psychologists' recommendations from psychological testing. *Professional Psychology: Research and Practice*, *37*(5), 499–505. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.37.5.499>
- Gomes, C. A. V. & Pedrero, J. N. (2015). Queixa Escolar: Encaminhamentos e Atuação Profissional em um Município do Interior Paulista. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *35*(4), 1239-1256. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002192013>
- Hunsley, J., & Mash, E. J. (2007). Evidence-Based Assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*(1), 29–51. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091419>

- Kazdin, A. E. (2005). Evidence-Based Assessment for Children and Adolescents: Issues in Measurement Development and Clinical Application. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(3), 548–558. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_10
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M., & Breton, S. (1997). Barriers to Treatment Participation Scale: Evaluation and Validation in the Context of Child Outpatient Treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(8), 1051–1062. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01621.x>
- Krug, J., Trentini, C. M., & Bandeira, D. R. (2016). Conceituação de psicodiagnóstico na atualidade. In Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Trentini, C. M., & Krug, J. S. (Orgs), *Psicodiagnóstico* (pp. 16-20). Porto Alegre: Artmed.
- Lindsey, M. A., Brandt, N. E., Becker, K. D., Lee, B. R., Barth, R. P., Daleiden, E. L., & Chorpita, B. F. (2013). Identifying the Common Elements of Treatment Engagement Interventions in Children's Mental Health Services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(3), 283–298. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0163-x>
- MacNaughton, K. L., & Rodrigue, J. R. (2001). Predicting adherence to recommendations by parents of clinic-referred children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 262-270. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.262>
- Mônego, B. G. (2016). Cuidados técnicos no início do psicodiagnóstico. In Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Trentini, C. M., & Krug, J. S. (Orgs), *Psicodiagnóstico* (pp. 35-44). Porto Alegre: Artmed.
- Mucka, L. E., Hinrichs, J., Upton, F., Hetterscheidt, L., Kuentzel, J., Bartoi, M., & Barnett, D. (2016). Barriers to Adherence to Child Assessment Recommendations. *Journal of*

Child and Family Studies, 26(4), 1029-1039. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0621-4>

Muniz, M. (2018). Ética na Avaliação Psicológica: Velhas Questões, Novas Reflexões. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(número especial), 133-146. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000209682>

Nanninga, M., Jansen, D. E. M. C., Kazdin, A. E., Knorth, E. J., & Reijneveld, S. A. (2016). Psychometric properties of the Barriers to Treatment Participation Scale—Expectancies. *Psychological Assessment*, 28(8), 898-907. <https://doi.org/10.1037/pas0000229>

Reppold, C. T. & Hutz, C. S. (2008). Investigação psicodiagnóstica de adolescentes: encaminhamentos, queixas e instrumentos utilizados em clínicas-escolas. *Revista Avaliação Psicológica*, 7(1), 85-91. Recuperado em 08 de novembro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100011&lng=pt&tlng=pt.

Resolução N° 009, de 25 de abril de 2018. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga as Resoluções n° 002/2003, n° 006/2004 e n° 005/2012 e Notas Técnicas n° 01/2017 e 02/2017. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.

Scaduto, A. A., Cardoso, L. M., & Heck, V. S. (2019). Modelos Interventivo-Terapêuticos em Avaliação Psicológica: Estado da Arte no Brasil. *Revista Avaliação Psicológica*, 18(1). <https://doi.org/10.15689/ap.2019.1801.16543.08>

Scortegagna, P. & Levandowski, D. C. (2004). Análise dos encaminhamentos de crianças com queixa escolar da rede municipal de ensino de Caxias do Sul. *Interações*, 9(18), 127-152. Recuperado em 08 de novembro de 2019, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v9n18/v9n18a08.pdf>

Youngstrom, E. A. (2013). Future Directions in Psychological Assessment: Combining Evidence-Based Medicine Innovations with Psychology's Historical Strengths to Enhance Utility. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(1), 139–159. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.736358>

Anexos

Anexo A



**CENTRO INTERDISCIPLINAR DE PESQUISA E ATENÇÃO À SAÚDE
CENTRO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Por meio deste, declaro ter sido informado(a) adequadamente, de forma clara e detalhada, sobre o processo de avaliação que realizarei ou que meu dependente realizará nesta instituição e estou de acordo com os critérios listados a seguir:

- Autorizo a utilização dos materiais (testes, questionários, entrevistas, escalas) produzidos ao longo dos meus atendimentos e/ou do meu dependente para pesquisas que investigam o processo psicodiagnóstico através do estudo das informações fornecidas durante a avaliação psicológica, com o objetivo de:

- (a) investigar o funcionamento do CAP;
- (b) acompanhar os casos após as avaliações realizadas e investigar sobre motivos de desistências e abandonos do processo de avaliação;
- (c) realizar estudos de caso sobre o funcionamento psicológico das pessoas que participaram de um processo de avaliação psicológica no CAP.

- Além disso, autorizo o contato dos profissionais do CAP mesmo após o término do processo de avaliação psicológica, caso haja necessidade, e me disponho a contribuir fornecendo informações adicionais para pesquisas com esse caráter.

- Estou ciente da possibilidade de colaborar em estudos acadêmicos permitindo que outras pessoas observem os atendimentos realizados comigo e/ou do meu dependente, caso haja necessidade.

- Entendo que, na possibilidade dos dados serem utilizados em pesquisas futuras, não haverá identificação dos participantes e se manterá o caráter confidencial das informações registradas a fim de manter a privacidade dos envolvidos.

Em relação aos meus direitos, estou ciente que será garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento, sem prejuízo algum. Somado a isso, poderei obter esclarecimentos sobre o desenvolvimento das possíveis pesquisas desenvolvidas, bem como de seus resultados. É garantido o sigilo, assegurando a privacidade das informações. As pesquisas desenvolvidas não apresentarão riscos ou malefícios diante de minha participação.

Se tiver qualquer dúvida, poderei entrar em contato com o Centro de Avaliação Psicológica (CAP) UFRGS pelo telefone (51) 3308-5453 e obter informações com qualquer profissional do serviço que esteja disponível. Da mesma forma, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, no qual esse projeto foi aprovado, pelos telefones (51) 3308-5698 c/ Ricardo Rambo (Secretário) ou (51) 3308-5066 (Secretaria Geral do Instituto de Psicologia).

Confirmo ter conhecimento do conteúdo desse termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar das pesquisas que poderão ser desenvolvidas com as informações obtidas no processo de avaliação psicológica realizado comigo e/ou com meu dependente e por isso dou meu consentimento. Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento.

Porto Alegre, de de 20 .

Assinatura do Participante ou Responsável

Assinatura do Profissional do CAP/UFRGS

Anexo B

FORMULÁRIO 3 – FOLLOW UP

Paciente:

Envelope:

Demanda:

Diagnóstico/conclusão:

Encaminhamentos indicados ao paciente no processo de devolução (de acordo com o laudo):

Teve indicação para reavaliação? () *sim* () *não*

Questionário para ligação

Nome completo dos envolvidos

**Telefone de contato do
paciente/responsáveis:**

Avaliador:

Supervisor:

Fixo: ()

Paciente:

Móvel: ()

1. Abandono
 - a. () não
 - b. () sim (marcar nas questões abaixo a opção “não se aplica”)
2. Foi possível contato com o paciente?
 - a. () sim
 - b. () não
 - c. () não se aplica
3. Na devolução, foram indicados novos encaminhamentos?
 - a. () sim
 - b. () não
 - c. () não, apenas a manutenção dos tratamentos já iniciados
4. O paciente procurou os encaminhamentos indicados?
 - a. () sim, todos.
 - b. () sim, mas não todos.
 - c. () não, nenhum.
 - d. () não se aplica.
5. Caso tenha respondido “sim” item anterior, quais encaminhamentos foram procurados? [*pode marcar mais de uma opção*]
 - a. () psicoterapia individual
 - b. () terapia familiar
 - c. () psiquiatria

- d. neurologia
 - e. reforço escolar
 - f. psicopedagogia
 - g. fonoaudiologia
 - h. PROPAP/orientação a pais
 - i. reabilitação neuropsicológica
 - j. CAP-FONO
 - k. outro:
6. Caso não tenha procurado algum (ou nenhum) dos encaminhamentos, qual foi o motivo? **[pode marcar mais de uma opção]**
- a. falta de tempo.
 - b. questões financeiras.
 - c. não concordaram com as orientações.
 - d. não conseguiram atendimento por problemas com o local.
 - e. ainda pretendem procurar o atendimento.
 - f. seguiu parte do encaminhamento e melhorou.
 - g. outro:
7. Caso não tenha conseguido iniciar algum(ns) do(s) tratamento(s), indique qual(is) **[pode marcar mais de uma opção]**
- a. psicoterapia individual
 - b. terapia familiar
 - c. psiquiatria
 - d. neurologia
 - e. reforço escolar
 - f. psicopedagogia
 - g. fonoaudiologia
 - h. PROPAP/orientação a pais
 - i. reabilitação neuropsicológica
 - j. CAP-FONO
 - k. outro:
8. Caso não tenha conseguido iniciar algum(ns) do(s) tratamento(s), quais foram os motivos? **[pode marcar mais de uma opção]**
- a. não conseguiu atendimento.
 - b. está aguardando para o início do atendimento.
 - c. outro:
 - d. não se aplica (p.ex.: respondeu “não, nenhum” no item 2).
9. Após ter buscado o(s) encaminhamento(s), o paciente conseguiu iniciar o(s) tratamento(s)?
- a. sim, todos indicados.
 - b. sim, somente alguns dos indicados.
 - c. não, nenhum.
 - d. não se aplica
10. Ainda está em tratamento?
- a. sim, todos.
 - b. sim, parcialmente (continua em pelo menos um).

- c. não.
- d. não se aplica.

11. Caso não esteja mais em tratamento, qual o motivo? [*pode marcar mais de uma opção*]

- a. tratamento finalizado (alta).
- b. abandono.
- c. interrupção involuntária.
- d. outro:
- e. não se aplica.

12. Em caso de abandono ou interrupção involuntária, qual o motivo? [*pode marcar mais de uma opção*]

- a. insatisfação com o tratamento.
- b. problemas pessoais.
- c. problemas financeiros.
- d. não se aplica.
- e. outro:

13. Caso o paciente tenha iniciado o(s) tratamento(s), este foi/está sendo satisfatório?

- a. sim, totalmente.
- b. sim, parcialmente.
- c. não.
- d. não se aplica.

14. Quem respondeu às perguntas?

- a. paciente
- b. pai
- c. mãe
- d. companheiro(a)
- e. filho(a)
- f. irmã(o)
- g. professor(a)
- h. avó(ô)
- i. profissional do abrigo
- j. outro

15. Comentários [espaço para eventuais comentários sobre o atendimento/tratamento em poucas palavras].