UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Psicologia

Kaena Garcia Henz

MÉTODOS DE COLETA DE DESCRITORES COMPORTAMENTAIS (CBCL/6-18 E TRF/6-18) E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO

Porto Alegre

2018

Kaena Garcia Henz

MÉTODOS DE COLETA DE DESCRITORES COMPORTAMENTAIS (CBCL/6-18 E TRF/6-18) E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Ruschel Bandeira

Co-orientadora: Dra. Denise Balem Yates

Porto Alegre

2018

Kaena Garcia Henz

MÉTODOS DE COLETA DE DESCRITORES COMPORTAMENTAIS (CBCL/6-18 E TRF/6-18) E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Profa. Dra. Denise Ruschel Bandeira (orientadora)

Daiane Silva de Souza (comentadora)

Porto Alegre, 10 de Dezembro de 2018

Como nos velhos tempos de outras tantas
Que sua vontade sempre permaneça viva
E que o amor quebre qualquer barreira junto com o teu mar

Como nos velhos tempos de outras tantas
Que o seu poder esteja em suas mãos
E só dependa de ti para exercitar

Porque te deténs de sonhar?
Sabe que não pode ter medo de errar
E a vitória diante de seu olhar está

Projeto Carrossel

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de expressar minha eterna gratidão aos meus pais, Rosane e Marco. Foram eles que proporcionaram chegar até aqui nesse momento. Foram muitos incentivos, abraços, “vai dar tudo certo” e conselhos sábios que carregarei eternamente comigo. Dois desses conselhos guardarei com muito carinho: o primeiro é de minha mãe, que logo que eu passei no vestibular disse “nunca deixe o conhecimento subir sua cabeça e sempre disponibilize um tempo para beneficiar aqueles que não tem condições materiais para acessar a Psicologia”. Minha mãe, que teve que batalhar muito para chegar onde chegou e enfrentar as limitações financeiras, sempre foi um exemplo de compaixão com aqueles que mais necessitam. A partir dessa ética, sempre busquei seguir essas orientações durante toda a minha trajetória acadêmica vinculando-me espacialmente em projetos que levassem a Psicologia a aqueles que pouco tinham acesso a ela. Isso fez construir um sentido muito grande naquilo que eu estava estudando. O segundo conselho veio de meu pai, que passou os cinco anos de graduação dizendo “Todo esse conhecimento que tu está aprendendo é muito útil. Mas tu não deve seguir ninguém, deves criar a tua própria teoria, o teu próprio jeito de fazer Psicologia”. Isso fez com que eu tentasse ter uma postura receptiva e aberta aos aprendizados acadêmicos-teóricos combinada a uma abertura a minha própria intuição e sentimentos que surgiam ao longo das práticas de estágio.

Agradeço aos meus irmãos, Diego e Renan, por se preocuparem com o meu bem-estar e por ensinarem dia-a-dia a ser menos ansiosa e mais compreensiva. Parte do significado que eu encontrei na Psicologia e aprendi com eles. Também sou grata por todo apoio dos familiares (daqueles presentes e daqueles que habitam em outro plano) nessa jornada que se iniciou muito antes da entrada na universidade

Ao meu namorado Fernando, que foi uma das melhores surpresas que o curso de Psicologia me deu. O seu apoio, acolhimento, amor e puxões de orelha foram fundamentais nesses cinco anos não só de aprendizado acadêmico, mas de autoconhecimento. Sei que ainda temos uma longa caminhada profissional e pessoal juntos e isso alegra meu coração.

Aos meus amigos que, felizmente são muitos, e de alguma maneira me ajudaram tanto academicamente quanto emocionalmente (alguns antes mesmo de entrar na faculdade). Foram tardes de conversas, muitas jantas, muitos cafés e muitos jogos de RPG para fazer com que a vida se tornasse mais leve. Em especial agradeço a Juliana Stum, Leonardo Finamor, Diane Pedrini e Thawara Guidolin por me oferecerem colo nos momentos que mais precisei.

A minha orientadora e chefe de estágio Denise Yates, por abraçar e orientar as minhas ideias, por permitir que eu crescesse (e quase morasse) no Centro de Avaliação Psicológica e também por me ajudar a colocar os pés no chão quando necessário. Sempre será uma das minhas referências como psicóloga e como pessoa.

A professora Denise Bandeira por topar fazer parte dessa construção, por orientar e por incentivar. És um exemplo de dedicação à docência e a pesquisa.

A minha psicóloga Cátia Torres, por ser essa peça fundamental na minha jornada de autocuidado e autoconhecimento. Obrigada pela orientação e acolhimento.

A toda equipe do Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS e do PROPAP, pois sem eles, os dados dessa pesquisa não existiriam e as vivências neste local não seriam tão boas e acolhedoras. Em especial a Érica Prates, Gabriel Rodrigues, Natália Baselides, Larissa Gasparin, Lucas Pimentel, Francielle Beria, Amanda Tiecher, Majorie Tischer, Júlia Ângelo, Giovanna Cauduro e Mateus Benites.

A Liga de Saúde e Espiritualidade da UFRGS, que me proporcionou aprendizados acadêmicos e emocionais profundos. Sou muito grata pelos amigos que ganhei neste grupo ao longo dessa jornada: Filipe Nascimento, Danilo Teruya, Clarissa Günther, Lucas Rodrigues, João Águas, Ramiro Cavedon e Rafaela Zandavalli.

A todos do Grupo Espírita Francisco Xavier que passaram por mim e que influenciaram no meu crescimento ético e emocional. Em especial a Aida Garcia por enxergar em mim potencial numa época em que eu menos acreditava nas minhas potências.

Por fim, mas não menos importante, a Deus/Energia Superior que habita em mim. Essa força motriz que me ajuda a dar sentido para as minhas vivências e faz com que eu cultive o auto-amor e a empatia ao próximo.

RESUMO

O processo psicodiagnóstico constitui-se por diversas técnicas de coleta de informações para a investigação das demandas trazidas pelo paciente ou por terceiros. O psicodiagnóstico em crianças e adolescentes tem uma particularidade que é a coleta de dados a partir de heterorrelato. Um dos instrumentos mais comumente usados para isso, além da anamnese, são os questionários ASEBA. Dados da literatura trazem que os pais tendem ter uma percepção maior de comportamentos classificados clínicos das crianças e adolescentes no questionário CBCL do que os professores no questionário TRF. Entretanto é escasso estudos que avaliam a predição dos escores que compõem ambos os questionários e quais as contribuições destes para o processo psicodiagnóstico. Com isso, o presente estudo tem com objetivos: 1) verificar quais escalas discriminam melhor os casos clínico de não clínicos; 2) verificar quais escalas discriminam aqueles pacientes com diagnóstico neurodesenvolvimental daqueles com diagnóstico neurodesenvolvimental e emocional; e 3) avaliar a capacidade de predição das escalas incluídas na análise discriminante. Participaram do estudo 58 crianças e adolescentes, (idade *M*= 11,38 e *DP*= 2,31), na sua maioria do sexo masculino (31), estudantes do ensino fundamental (59), de escolas públicas (44) e moradores de Porto Alegre (40). Para fins estatísticos, os participantes foram divididos em quatro categorias: Grupo Controle (GC), Grupo Problemas Neurodesenvolvimentais (GN), Grupo Problemas Emocionais (GE, excluído por ter poucos participantes) e Grupo Problemas Neurodesenvolvimentais e Emocionais (GNE). Todos os participantes tiveram os CBCLs respondidos por seus cuidadores e os TRFs respondidos por suas professoras. Foi feita a análise discriminante para averiguar quais escalas eram capazes de discriminar os grupos GC-GN e GN-GNE. Os resultados indicaram que as escalas que melhor discriminam GC-GN são escala Escola CBCL e escala Retraimento/Depressão CBCL. Já para GN-GNE, as escalas que discriminam esses grupos são escala Problemas Sociais CBCL e Tempo Cognitivo Lento TRF. A partir da seleção dessas escalas para integrarem as funções discriminante dos grupos amostrais, foi possível predizer 93,1% dos casos pertencentes a GC, 84,6% dos casos do GN e 78,6% dos casos do GNE. Dessa maneira, os resultados apontam que a determinação dessas escalas para as diferenciações dos grupos resultou em bons valores de predição de pertencimento a essas categorias amostrais (GC, GN e GNE) e que as escalas apontadas podem ser bons recursos a serem considerados no momento da formulação da hipótese no psicodiagnóstico.

SUMÁRIO

2. INTRODUÇÃO 9

3. MÉTODO 13

3.1. PARTICIPANTES 13

3.2. INSTRUMENTOS: ESCALAS ASEBA CBCL / 6-18 E TRF / 6-18 15

3.3. ASPECTOS ÉTICOS 16

3.4. ANÁLISE DOS DADOS 17

4. RESULTADOS 18

5. DISCUSSÃO 25

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 30

7. REFERÊNCIAS 31

2. INTRODUÇÃO

Para melhor entender como se deu o processo de coleta de informações e o processo psicodiagnóstico que subsidiam os dados apresentados nesse trabalho, é importante antes compreender o conceito de psicodiagnóstico que norteia os atendimentos realizados no Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS e, por conseguinte, este trabalho. O psicodiagnóstico é uma área restrita de atuação do psicólogo no Brasil e um dos principais campos de atuação deste profissional. O senso comum por vezes considera o psicodiagnóstico um processo que utiliza somente testes, mas discussões recentes têm questionado essa delimitação, por ela não representar a realidade da prática atual dos psicólogos. Krug, Trentini e Bandeira (2016) conceitualizam que

> "Psicodiagnóstico é um procedimento científico de investigação e intervenção clínica, limitado no tempo, que emprega técnicas e/ou testes com o propósito de avaliar uma ou mais características psicológicas, visando um diagnóstico psicológico (descritivo e/ou dinâmico), construído a luz de uma orientação teórica que subsidia a compreensão da situação avaliada, gerando uma ou mais indicações terapêuticas e encaminhamentos." (p. 18)

Embora não use o termo psicodiagnóstico, o Conselho Federal de Psicologia, em cartilha publicada em 2013 (CFP, 2013), também aponta que a avaliação psicológica consiste em um processo técnico e científico feito com pessoas ou grupos, no qual envolve a integração de informações oriundas de diversas fontes, dentre elas, testes, entrevistas, observações e análise de documentos.

Como exigência da resolução 08/2004 do Conselho Nacional de Educação (Brasil, 2004), que regulamenta os cursos de Psicologia no país, está a criação de serviços-escolas vinculados aos cursos de graduação. Na UFRGS, entre outros serviços, há o Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS (CAP-UFRGS). Nele são realizados psicodiagnósticos, nos quais os testes são ou não utilizados, sendo os critérios de decisão para o uso, por exemplo, se há testes adaptados e normatizados para a idade do avaliando ou se esses que estão disponíveis avaliam adequadamente os construtos desejados. O processo de tomada de decisão frente às melhores técnicas a serem utilizadas durante o psicodiagnóstico de cada paciente se dá em conjunto com o estagiário de psicologia (a partir do sétimo semestre) que está atendendo o caso, seu supervisor (psicólogo experiente na área de psicodiagnóstico) e um

grupo de supervisão. O período de duração desse psicodiagnóstico costuma variar entre 8 a 12 encontros, iniciando com a entrevista de anamnese e sendo finalizado com a devolutiva com os pacientes e, na maioria dos casos, com seus cuidadores. Nesse último encontro, pela maioria dos pacientes encontrar-se em idade escolar, a devolutiva é feita com os seus cuidadores. Neste atendimento conversa-se sobre os resultados da avaliação, que vão desde a confirmação/refutação de uma hipótese diagnóstica à descrição de sintomas psicológicos que não configuram transtorno mental. Também se entrega o laudo psicológico aos cuidadores e são dadas indicações de locais de encaminhamento os quais irão auxiliar no manejo dos sintomas diagnosticados.

As crianças e adolescentes são encaminhados geralmente por escolas ou profissionais da área de saúde mental para investigar uma hipótese já formulada por esses profissionais. Tratando-se de um público que está sob responsabilidade legal dos seus cuidadores e cuja queixa é percebida geralmente por terceiros (professores, familiares ou profissionais da saúde) que convivem com muita frequência com esse paciente, o processo psicodiagnóstico tem algumas particularidades. A principal delas é a coleta de informações do paciente a partir do heterorrelato (Giacomoni & Bandeira, 2016). A maior vantagem dessa modalidade está na possibilidade de ter uma visão mais completa sobre os comportamentos da criança ou adolescente a partir da integração das informações dadas por diferentes partes. Além disso, múltiplos informantes possibilitam o entendimento dos comportamentos do paciente em múltiplos contextos, pois nem sempre os comportamentos entendidos como problema se manifestam em todos os ambientes. Entretanto o heterorrelato tem algumas limitações às quais se devem estar atento, como a parcialidade dos informantes, o fornecimento de informações contraditórias e a discrepância da qualidade dos dados fornecidos (Achenbach, 2015; Borsa & Nunes, 2008; Cunha, 2003; Giacomoni et al., 2016).

Quando o paciente encontra-se na infância ou adolescência geralmente a coleta de dados é feita a partir do heterorrelato, pois são os cuidadores das crianças que sabem informar com maior precisão os dados necessários. Dentre as mais conhecidas técnicas de coleta de informações em heterorrelato sobre o paciente está a entrevista de anamnese, um tipo de entrevista clínica com caráter investigativo que geralmente é feita no primeiro encontro da avaliação psicológica. A anamnese tem como caráter principal compreender a história pessoal do paciente a partir da investigação de domínios específicos (Cunha, 2003; Silva & Bandeira, 2016). Os tópicos comuns de serem investigados nessa entrevista são as questões familiares, a

evolução da queixa, o histórico de tratamentos de saúde, o uso de medicamentos, os efeitos do problema atual sobre o funcionamento psicossocial do paciente e a percepção do paciente e de terceiros (cuidadores) em relação à queixa (Silva et al., 2016). Além desses tópicos acima citados, a entrevista de anamnese focada em crianças aborda com maior profundidade tópicos adicionais como o período pré e perinatal, os marcos do desenvolvimento (capacidades linguísticas, motoras, cognitivas, sociais, emocionais e adaptativas), a alimentação, a qualidade do sono e o controle dos esfíncteres (Giacomoni et al., 2016; Silva et al., 2016).

Já no psicodiagnóstico dos adolescentes há a possibilidade da anamnese ser feita por meio do autorrelato do paciente e/ou pelo heterorrelato dos cuidadores. Isso porque nesse período do desenvolvimento o jovem já tem maior capacidade para falar de si e sobre a sua vida; e também tem mais consciência sobre as suas dificuldades e problemas. Temas como a socialização, histórico escolar e problemas específicos sobre essa fase do desenvolvimento são de suma importância de serem abordados na anamnese com ambas as fontes de informação. Questões relativas ao desenvolvimento na infância desse adolescente podem ser investigadas em menor profundidade com os cuidadores do paciente (Silva et al., 2016).

Outra técnica bastante utilizada para coleta de informações em psicodiagnóstico é a utilização dos inventários do sistema Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). Esse conjunto de instrumentos criados por Achenbach (2001) contém questionários direcionados para a investigação dos sintomas psicológicos numa faixa etária que varia um ano e meio a mais de 90 anos. Os questionários podem ser aplicados nos cuidadores pelos pacientes (por exemplo, o Child Behaviour Checklist/6-18), com os professores dos pacientes (por exemplo, o Teacher Report Form/6-18) e com os próprios pacientes.

Estudos têm apontado algumas diferenças entre os respondentes desses inventários quando se trata de pacientes em idade escolar. O padrão geral que se tem encontrado é uma tendência dos pais terem escores maiores no seu respectivo inventário do sistema ASEBA, indicando assim uma maior percepção de intensidade dos comportamentos problemas. Esse padrão é seguido pelos professores e, por fim, pelos adolescentes (Coutinho et al., 2009; Pedrini & Frizzo, 2010; Ribeiro et al., 2017; Rocha, Ferrari e Silvares, 2011; Salbach-Andrae, Lenz & Lehmkuhl, 2009; Souza e Mosmann, 2013).

Em estudo feito no Brasil, Pedrini et al. (2010) abordam que a média de respostas dos pais é mais alta que a dos professores, com uma concordância significativa, mas baixa,

referente aos problemas de comportamentos externalizantes. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Ribeiro et al. (2017) e Souza et al. (2013). Ainda que os cuidadores pareçam ter quantitativamente maiores médias em relação à percepção dos sintomas, há diferenças entre mães e pais brasileiros que respondem o CBCL/6-18, havendo uma concordância pequena ou moderada em relação aos comportamentos problema das crianças de uma maneira geral (Borsa et al., 2008). Todavia, espera-se, que aqueles que convivem mais com a criança ou adolescente tendam a concordar mais entre si do que aqueles que pouco convivem com eles (Achenbach, 2006).

Outra questão importante de ser analisada é o quanto esses indicadores comportamentais observados por diferentes respondentes são capazes de diferenciar as amostras clínicas das não clínicas. Além disso, é importante saber qual a capacidades dessas escalas de diferenciar sintomas de transtornos mentais distintos corretamente e concordar corretamente com os diagnósticos finais das avaliações psicológicas. Ter essas informações instrumentalizam o psicólogo que realiza psicodiagnóstico a decidir qual fonte de informação trará dados mais precisos e ricos sobre os comportamentos investigados da criança/adolescente. Coutinho et al. (2009), em estudo realizado com crianças e adolescentes com suspeita de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), aplicaram o TRF/6-18 e o CBCL/6-18 no início da avaliação neuropsicológica para avaliar, ao final, qual respondente tinha uma percepção mais acertada sobre os sintomas. Ao final, as respostas dos pais tiveram associação maior e significativa com o diagnóstico de TDAH do que os professores.

Dada a escassez de estudos que analisam o quanto o CBCL/6-18 e o TRF/6-18 podem contribuir efetivamente com o processo psicodiagnóstico, esse estudo tem três objetivos: 1) verificar quais escalas discriminam melhor os casos clínico de não clínicos; 2) verificar quais escalas discriminam aqueles pacientes com diagnóstico neurodesenvolvimental daqueles com diagnóstico neurodesenvolvimental e emocional; e 3) avaliar a capacidade de predição das escalas incluídas na análise discriminante.

3.MÉTODO

3.1. PARTICIPANTES

Participaram deste estudo 60 crianças e adolescentes. Os participantes desse estudo tinham entre 6 a 18 anos (*M*= 11,38 e *DP*= 2,31), na sua maioria do sexo masculino (31), estudantes do ensino fundamental (59), de escolas públicas (44) e moradores de Porto Alegre (40). Para fins estatísticos, os participantes foram divididos em quatro categorias: Grupo Controle (GC), Grupo Problemas Neurodesenvolvimentais (GN), Grupo Problemas Emocionais (GE) e Grupo Problemas Neurodesenvolvimentais e Emocionais (GNE). Os participantes do GC fazem parte do projeto de doutorado em andamento que se entitula "Propriedades psicométricas do R-PAS (Rorschach - Performance Assessment System): Estudo de fidedignidade e evidências de validade para uso em adolescentes". Na Tabela 1 está a caracterização de cada grupo.

Tabela 1. *Categorias dos diagnósticos da amostra clínica*

Categoria	N	Conclusão (Diagnóstico Nosológico ou Sintomas)
Controle	29	Nunca ter realizado psicodiagnóstico
		Sem uso atual de medicação psiquiátrica
		Sem diagnóstico psicológico ou psiquiátrico
Problemas Neurodesenvolvimentais	13	Deficiência Intelectual
		Transtorno do Espectro Autista
		Transtorno da Comunicação
		Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
		Transtorno Específico da Aprendizagem
		Sintomas de Dificuldade de Aprendizagem
		Sintomas de Desatenção
		Sintomas de Hiperatividade
Problemas Emocionais	2	Transtorno Depressivo

		Transtorno de Ansiedade e Separação
		Mutismo Seletivo
		Sintomas de Alteração de Humor
		Sintomas de Dificuldade em Habilidade Sociais
		Sintomas de Ansiedade
		Sintomas Disruptivos
		Sintomas de Conduta
Problemas Neurodesenvolvimentais e Emocionais	16	Pacientes com pelo menos uma conclusão de cada categoria acima

Importante destacar que aqueles que tiveram a conclusão identificada somente na categoria emocional (dois pacientes) não foram incluídos na análise devido à pequena representatividade, restando no total 58 participantes.

Já os 58 cuidadores respondentes do CBCL/6-18 eram na sua maioria mães (43), com média de idade de 39,67 anos (*DP*= 7,35), e, no momento da coleta de dados, estavam trabalhando (40). O número de professoras que responderam o TRF/6-18 foi 58 e a maioria de escola pública (44).

Tabela 2. *Análises descritivas da amostra de crianças e adolescentes e suas cuidadoras*

	Idade		Sexo	Ensino					Classe Social**	
	CA*†	Mães*	CA†	CA†			Mães**			
Grupo (*N*)	*M* (*DP*)	*M* (*DP*)	Masculino	PB††	PR†††	Ambas	Básico	Superior	A-B2	C1-E
GC (29)	12,79 (0,97)	43,46 (6,50)	13	16	13	0	7	17	20	8
GN (13)	11,62 (2,79)	37,69 (6,55)	8	13	0	0	10	2	1	11
GNE (16)	8,88 (1,40)	34,63 (5,84)	10	13	2	1	13	3	0	15

*diferenças significativas pelo teste ANOVA

**diferenças significativas no teste Qui-Quadrado
†CA: crianças e adolescentes
††PB: escola pública de educação básica
†††PR: escola privada de educação básica

3.2. INSTRUMENTOS: ESCALAS ASEBA CBCL / 6-18 E TRF / 6-18

Neste estudo utilizou-se o Teacher Report Form 6-18 anos (TRF / 6-18) e o Children Behaviour Checklist 6-18 anos (CBCL / 6-18) para a coleta dos descritores comportamentais por parte dos professores e dos cuidadores, respectivamente. Esses questionários pertencem ao grupo de instrumentos ASEBA, que investigam problemas emocionais e comportamentais em diversas faixas etárias e com diferentes informantes.

As versões americanas atuais dos questionários (TRF/6-18 e CBCL/6-18) (Achenbach & Rescorla, 2001) foram adaptadas para o Brasil em 2002 e 2005 de maneira independente por grupos de pesquisa da UNIFESP e da USP, respectivamente. Os dados da adaptação foram coletados a partir de diversos estudos epidemiológicos desenvolvidos por esses núcleos de pesquisa. Posteriormente, essas duas versões foram unidas em um só conjunto de questionários e atualizadas em 2010 (Bordin et al., 2013).

Os dois questionários se assemelham na sua estrutura, mas têm algumas particularidades. De uma maneira geral, os dois são divididos em uma seção que aborda competências sociais e adaptabilidade e outra que trata sobre problemas de comportamentos e questões emocionais. A seção Competências do CBCL/6-18 tem nove domínios com subitens, os quais são ponderados de acordo com regras pré-estabelecidas descritas no manual. Os itens dessa grande categoria fornecem pontuações para quatro escalas: Atividades, Social, Escola e Competências Totais (soma de todos os itens). A seção Competências avalia questões como: (1) o envolvimento das crianças em atividades de lazer; (2) o envolvimento em atividades sociais; e (3) o desempenho o escolar. Já o TRF/6-18 avalia o funcionamento adaptativo, dando pontuações em uma escala de um (muito abaixo da série) a cinco (muito acima da série) para o desempenho da criança/adolescente em diferentes matérias escolares e pontuações de um (muito menos em relação aos outros alunos) a sete (muito mais em relação aos outros alunos) em quatro características adaptativas, sendo elas Dedicação, Comportamento, Aprendizado e Felicidade.

A seção das questões comportamentais e emocionais dos dois instrumentos contém 120 itens que são respondidos através de uma escala *likert* de zero (não verdadeiro), um (um

pouco ou algumas vezes verdadeiro) ou dois (muito verdadeiro ou muitas vezes verdadeiro). Cada um desses itens pertencerá a alguma das escalas que correspondem a síndromes: Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Atenção, Problemas de Pensamento, Comportamento Opositor e Comportamento Agressivo. Além disso, esses mesmos itens compõem outras três escalas maiores: Problemas Internalizantes (Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas), Problemas Externalizantes (Comportamento Opositor e Comportamento Agressivo) e Comportamento Total (inclui itens de todas as síndromes).

Há ainda as escalas baseadas no DSM-5 (American PsychiatricAssociation, 2014), nas quais são classificados os itens que investigam questões emocionais e comportamentais segundo as categorias diagnósticas do manual. As escalas que compõem essa seção são: Problemas Afetivos, Problemas Ansiosos, Problemas Somáticos, Problemas de Atenção/Hiperatividade, Problemas Opositores-Desafiantes, Problemas de Conduta, Ritmo Cognitivo Lento, Problemas Obsessivo-Compulsivo e Problemas de Estresse Pós-Traumático. Essas escalas foram construídas por especialistas em diversas culturas que identificaram itens dos questionários que julgaram estar associados às categorias diagnósticas específicas do DSM-5 (Bordin et al., 2013). Todas as escalas acima mencionadas têm suas pontuações convertidas em escores-T para as comparações entre crianças da mesma idade e do mesmo sexo.

3.3. ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes desta pesquisa atendidos pelo CAP estiveram de acordo com o uso dos dados obtidos a partir da sua avaliação, sendo os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLEs) apresentados nas entrevistas iniciais e devidamente assinados pelos cuidadores dos pacientes. O projeto está registrado na Plataforma Brasil pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 06289912.9.0000.5334. Os participantes do grupo controle também tiveram os TCLEs assinados pelos cuidadores e o projeto de pesquisa no qual eles são participantes está igualmente registrado na Plataforma Brasil pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 85319318.9.0000.5334.3.4.

3.4. ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foram feitas estatísticas descritivas (média e desvio-padrão) dos escores-T das escalas que compõem o CBCL e o TRF e também realizada a análise discriminante múltipla. Essa última tem como fim investigar quais variáveis independentes (escalas de sintomas ASEBA) discriminam os grupos investigados (não-clínicos, clínicos com conclusões de neurodesenvolvimento e clínicos com conclusões de neurodesenvolvimento e emocional). Para isso, foram realizados os seguintes passos: (1) identificação das variáveis que melhor discriminam os grupos utilizando o método hierárquico *stepwise*; (2) utilização das variáveis identificadas para criar as funções discriminantes que representam as diferenças entre os grupos; (3) a partir das funções discriminantes, desenvolveram-se regras de classificação para futuras observações nos grupos (Hair et al., 2016).

Esta análise também propicia a avaliação da acurácia das categorizações dos pacientes e o quanto cada variável que compõe as funções discriminantes explica a variabilidade dos resultados entre grupos. Como a análise pressupõe uma distribuição normal para os escores do CBCL e TRF, critério este não atendido em algumas subescalas, métodos de estimação por meio de reamostragem *bootstrap* usando 1000 subamostras aleatórias foram utilizados para indicar a significância das variáveis que compuseram a melhor função discriminante (Dalgleish, 1994). Ainda assim, não foi possível extrapolar os resultados encontrados para a população geral.

4.RESULTADOS

Os três grupos foram comparados em relação aos escores T para cada escala do CBCL e TRF (Tabela 3). Foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em grande parte das escalas. Além disso, as médias mais próximas do ponto de corte clínico concentraram-se no GNE, seguidas pelo GN e pelo GC, com exceção das escalas Retraimento/ Depressão, Problemas de Atenção (TRF), Tempo Cognitivo Lento, Atividades (CBCL), Social (CBCL), Escola (CBCL), Performance Acadêmica (TRF), Dedicação (TRF) e Aprendizado (TRF).

Tabela 3. *Médias dos escores-T das escalas do CBCL e do TRF*

	GC		GN		GNE	
	CBCL	TRF	CBCL	TRF	CBCL	TRF
Ansiedade/ Depressão[1]	54,18*	53,82*	59,92*	59,00*	70,42*	66,17*
Retraimento/ Depressão[1]	51,07*	52,43*	64,83*	68,42*	68,83*	62,08*
Queixas Somáticas[1]	54,00*	51,68*	58,58*	54,33*	63,00*	60,33*
Problemas Sociais[1]	52,00*	52,25*	62,75*	59,42*	73,75*	65,33*
Problemas de Pensamento[1]	54,79*	50,93*	58,17*	56,92*	66,92*	60,58*
Problemas de Atenção[1]	52,11*	52,21*	70,33*	64,00*	76,25*	62,33*
Comportamento transgressivo[1]	50,93*	53,93	56,67*	53,58	62,50*	56,67
Comportamento Agressivo[1]	52,46*	53,64*	62,50*	57,08*	72,75*	64,17*
Problemas Somáticos (DSM)[1]	53,39	51,75	57,17	54,42	59,08	58,00

Problemas de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (DSM)[1]	51,96*	52,32*	65,33*	60,83*	71,17*	62,33*
Problemas Opositores-Desafiantes (DSM)[1]	53,04*	52,86	60,08*	54,92	67,25*	58,50
Problemas de Conduta (DSM)[1]	51,36*	52,75	57,42*	55,42	62,33*	59,75
Tempo Cognitivo Lento (DSM)[1]	53,50*	51,00*	62,92*	63,92*	63,25*	59,17*
Problemas Obsessivos-Compulsivos (DSM)[1]	54,39*	54,00*	57,83*	57,67*	66,75*	64,58*
Problemas de Estresse Pós-Traumático (DSM)[1]	53,21*	53,29*	65,58*	64,00*	76,25*	66,50*
Atividades[2]	47,43*	-	37,33*	-	37,75*	-
Social[2]	46,43*	-	35,33*	-	36,08*	-
Escola[2]	48,50*	-	28,58*	-	30,17*	-
Performance Acadêmica[3]	-	52,61*	-	38,67*	-	39,33*
Dedicação[3]	-	50,43*	-	42,58*	-	44,33*
Comportar-se[3]	-	47,75	-	44,58	-	44,42
Aprendizado[3]	-	50,29*	-	37,92*		39,50*
Felicidade[3]	-	48,71	-	45,00		44,00

[1]ponto de corte para comportamentos clínicos é ≥65
[2]ponto de corte para comportamentos clínicos é ≤35
[3] ponto de corte para comportamentos clínicos é ≤40
*p ≤0,005

Para a análise discriminante foram excluídas as escalas de Problemas Afetivos e Problemas Ansiosos por essas apresentarem muitas correlações elevadas (acima de 0,6) com as demais escalas, indicando sobreposição (multicolinearidade). Além disso, a partir da ANOVA e dos valores do Lambda de Wilks, foi possível estabelecer quais escalas do CBCL e do TRF apresentaram diferenças de médias significativas entre os grupos determinados neste estudo. A partir dessas etapas, formou-se a função discriminante geral, ou seja, as escalas tanto do CBCL quanto do TRF que discriminam/explicam os grupos. A seguir são apresentadas as etapas de inclusão das escalas na análise (Tabela 4). Como observado, as variáveis discriminantes selecionadas para formar as funções posteriormente descritas têm valores baixos e significativos no Lambda de Wilks. Isso representa que as diferenças entre grupos nessas escalas realmente discriminam os sujeitos de cada grupo (GC, GN e GNE).

Tabela 4. *Variáveis incluídas na análise*

Etapa	Escalas	Tolerância	Sig. de F a ser removida	Lambda Wilks
1	CBCL Problemas Sociais	1,000	<0,001	
2	CBCL Problemas Sociais	0,999	<0,001	0,401
	TRF Tempo Cognitivo Lento	0,999	<0,001	0,311
3	CBCL Problemas Sociais	0,997	<0,001	0,267
	TRF Tempo Cognitivo Lento	0,897	0,002	0,170
	CBCL Escola	0,898	0,007	0,159
4	CBCL Problemas Sociais	0,901	<0,001	0,246
	TRF Tempo Cognitivo Lento	0,879	0,001	0,146
	CBCL Escola	0,719	<0,001	0,152
	TRF Felicidade	0,684	0,019	0,129
5	CBCL Problemas Sociais	0,823	<0,001	0,145
	TRF Tempo Cognitivo Lento	0,876	0,005	0,118
	CBCL Escola	0,701	<0,001	0,133
	TRF Felicidade	0,642	0,006	0,117

CBCL Retraimento/Depressão	0,807	0,031	0,109

Como foram investigadas três categorias, a análise formou duas funções discriminantes/explicativas a partir dessa discriminante geral para representar 100% da variância encontrada na análise e entender a contribuição dessas escalas para a discriminação dos grupos. A Função Discriminante 1 (F1) avalia quais das escalas discriminam o GC do GN e a Função Discriminante 2 (F2) avalia quais das escalas discriminam GN de GNE. Na Tabela 5 estão descritos os principais resultados da análise das funções.

A partir do valor do Lambda de Wilks (Tabela 5) podemos observar um bom poder discriminatório (0,114) entre o GC e o GN e que este é significativo (p<0,001). Entretanto, não se pode dizer o mesmo sobre a discriminação entre GN e GNE, representada pela F2, pois o valor do poder discriminatório elevou-se (0,659) e é significativa (p<0,001), indicando que as médias desses grupos são muito próximas, logo, pouco discriminantes. Além disso, a F1 demonstrou explicar a maior parte da variância (90,2%) e teve correlação alta (0,909) com os escores discriminantes de cada sujeito pertencentes aos grupos que a função avalia (GC e GN). Sobre a F2, mesmo ela explicando porcentagem pequena da variância, ela teve uma correlação moderada (0,584) com os escores discriminantes de cada sujeito pertencentes ao GN e GNE.

Tabela 5. *Resumo de funções discriminantes canônicas*[1]

	Poder discriminatório				
	Lambda Wilks	Sig	Valores Próprios	% variância	Correlação Canônica
F1	0,114	<0,001	4,774	90,2	0,909
F2	0,659	<0,001	0,518	9,8	0,584

[1] Resultados com reamostragem por *bootstrap* e após retirada da variável Felicidade

Primeiramente, é importante apontar que escala TRF Felicidade não pode ser considerada, pois ela apresentou valor alto de Lambda de Wilks (0,942) e este não é significativo (p=0,218). A Tabela 7 mostra o peso que cada escala CBCL/TRF tem em cada função discriminante (F1 e F2) e a Tabela 8 auxilia na interpretação da contribuição de cada escala para cada função, uma vez que apresenta correlações entre as escalas CBCL/TRF com

as funções. Para a F1, o que contribui para a decisão se o sujeito pertence ao GC ou ao GN são seus escores discriminantes nas escalas CBCL Escola e CBCL Retraimento/Depressão, sendo as correlações das escalas com a F1 modestas (-0,633 e 0,563, respectivamente) (ver Tabela 8). Se avaliarmos o peso que essas escalas têm na F1 (-0,544 e 0,347, respectivamente) (ver Tabela 7), vemos que a escala CBCL Escola tem um peso importante para discriminar esses grupos e a Escala Retraimento/Depressão um peso modesto, indicando uma aparente maior facilidade dos cuidadores perceberem problemas de desempenho escolar do que questões emocionais. Quando analisamos as médias (Tabela 3) nessas escalas, percebemos que há uma diferença importante entre os grupos e que o GN se aproxima mais dos valores considerados clínicos pelas escalas.

Tabela 6. *Teste de igualdade de médias de grupo somente das escalas que compõem as funções*[1]

	Lambda de Wilks	F	df1	df2	Sig.
CBCL Escola	0,336	52,294	2	53	<0,001
CBCL Retraimento/Depressão	0,398	40,034	2	53	<0,001
CBCL Problemas Sociais	0,301	61,645	2	53	<0,001
TRF Tempo Cognitivo Lento	0,449	32,527	2	53	<0,001

[1] Resultados com reamostragem por *bootstrap* e após retirada da variável Felicidade

Tabela 7. *Coeficientes de funções discriminantes canônicas padronizadas ou pesos discriminantes*[1]

	Função	
	1 (IC)*	2 (IC)*
CBCL Escola	-0,554 (-0,802 – 0,540)	0,169 (-0,190 – 0,658)
CBCL Retraimento/Depressão	0,347 (-0,229 – 0,745)	-0,225 (-0,682 – 0,851)
CBCL Problemas Sociais	0,514 (-0,100 – 0,842)	0,777 (-0,984 – 1,085)

TRF Tempo Cognitivo Lento	0,241 (-0,123 – 0,616)	-0,615 (-798 – 0,988)

[1] Resultados com reamostragem por *bootstrap* e após retirada da variável Felicidade
*Intervalo de confiança no *bootstrap* de 95%

Já em relação a F2, as escalas que definem se a criança/adolescente pertence a GN ou GNE são as escalas TRF Tempo Cognitivo Lento e CBCL Problemas Sociais (ver Tabela 8), cujas correlações com a função foram -0,681 e 0,681, respectivamente. Quando avalia-se o peso que cada uma das escalas tem para F2, ambas apresentam valores altos (0,777 e -0,615, respectivamente) (Tabela 7). Entretanto, é importante atentar para as médias nesses grupos para as escalas apontadas. Isso porque, segundo o TRF, os pacientes diagnosticados somente com transtornos/sintomas neurodesenvolvimentais têm média mais alta (63,92) do que aqueles que foram diagnosticados com transtornos/sintomas neurodesenvolvimentais mais transtornos/sintomas emocionais (59,17) ($p<0,001$). Quando se trata dos Problemas Sociais avaliados pelos cuidadores (Tabela 3), as crianças e adolescentes com transtornos/sintomas neurodesenvolvimentais têm média menor (62,75) do que aqueles com transtornos/sintomas neurodesenvolvimentais mais transtornos/sintomas emocionais (73,75). Esses resultados indicam assim que entre o GN e GNE, o que irá contribuir para o paciente ser classificado no primeiro grupo são pontuações mais elevadas na escala de Tempo Cognitivo Lento e, no segundo grupo, pontuações mais elevadas em Problemas Sociais.

Tabela 8. *Matriz de Estruturas*[1]

	Função	
	1	2
CBCL Escola	-0,633*	0,333
CBCL Retraimento/Depressão	0,563*	0,016
TRF Tempo Cognitivo Lento	0,661	-0,681*
CBCL Problemas Sociais	0,455	0,681*

[1] Resultados com reamostragem por *bootstrap* e após retirada da variável Felicidade.
*relevantes para a determinação de cada função

Por último, a análise tem como resultado uma reclassificação dos casos avaliados a partir dos escores discriminantes (ver Tabela 9) e das funções F1 e F2 estabelecidas, verificando assim a predição das escalas incluídas nas funções. Os dados apontam que somente dois sujeitos que eram originalmente do GC tiveram escores que se adequam ao GN. Já no GN, dois sujeitos foram reclassificados como pertencentes ao GNE. E em GNE, três participantes que eram originalmente deste grupo foram reclassificados como pertencentes a GN. Esses resultados indicam bons parâmetros de discriminação por meio das funções formadas e uma boa predição dos participantes nas escalas indicadas.

Tabela 9.*Predição da função discriminante para pertencimento aos grupos*[1]

		Predição do Pertencimento ao Grupo			
Grupo original da criança/adolescente		GC	GN	GNE	Total
N	GC	27	2	0	29
	GN	0	11	2	13
	GNE	0	3	11	14
	Casos não agrupados	0	2	0	2
%	GC	93,1	6,9	0,0	100,0
	GN	0,0	84,6	15,4	100,0
	GNE	0,0	21,4	78,6	100,0

[1] Resultados com reamostragem por *bootstrap* e após retirada da variável Felicidade.

5. DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo verificar quais escalas do CBCL e do TRF contribuem para diferenciar um grupo de crianças e adolescentes sem diagnóstico em saúde mental e sem uso de medicação psiquiátrica (grupo controle), um grupo de crianças e adolescentes avaliados por psicodiagnóstico com problemas neurodesenvolvimentais identificados (GN) e um grupo de crianças e adolescentes avaliados por psicodiagnóstico com problemas neurodesenvolvimentais e emocionais identificados (GNE). Além disso, pretendeu-se avaliar o quanto as escalas selecionadas na análise eram preditoras para a classificação dos grupos. O estabelecimento desses objetivos deu-se no intuito de melhor compreender quais escalas poderiam contribuir de maneira mais efetiva para a construção das hipóteses diagnósticas no processo psicodiagnóstico, uma vez que os instrumentos ASEBA são frequentemente usados para esse fim.

Para melhor entender os achados, algumas questões relativas às variáveis sociodemográficas devem ser observadas. As diferenças de médias de idade nos três grupos amostrais tanto para as crianças e adolescentes quanto para as mães foram significativas (ver Tabela 2). As diferenças também foram significativas entre os grupos para Classe Social e para escolaridade das mães. Analisando os resultados, percebe-se que o GC tem maiores médias de idade em relação aos demais grupos. Além disso, as mães do GC têm maiores níveis educacionais e as famílias deste grupo pertencem em sua maioria as classe A a B2, contrapondo com o grupo clínico, onde a maioria pertence às classes sociais C1 a E e a maioria das mães têm ensino básico. Essas últimas características citadas podem ser variáveis confundidoras na interpretação dos resultados, uma vez que o baixo nível de escolaridade dos cuidadores e baixo nível socioeconômico podem estar associados aos problemas de comportamento das crianças e adolescentes (Assis, Avanci, & Oliveira, 2009; Borsa et al., 2011; Borsa, Souza & Bandeira, 2011).

Outros aspectos importantes de serem observados se referem às diferenças de médias entre os grupos (Tabela 3). No CBCL (instrumento preenchido pelos cuidadores) a maioria das escalas foram classificadas em nível clínico no grupo GNE, sugerindo prejuízo comportamental significativo. As escalas do CBCL que foram classificadas em nível clínico neste grupo foram Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamentos Agressivos, Problemas de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Problemas Opositor-Desafiantes, Problemas

Obsessivo-Compulsivos, Problemas de Estresse Pós-Traumático e Escola. Todas as diferenças entre três grupos nas escalas acima citadas foram significativas com $p \leq 0{,}005$. Esses resultados descritivos apontam uma possível maior gravidade dos pacientes pertencentes ao GNE e, consequentemente, uma maior percepção dos comportamentos disfuncionais desses pacientes por parte dos seus cuidadores, uma vez que as crianças e os adolescentes desse grupo manifestaram sintomas de ambas as categorias (neurodesenvolvimental e emocional) e as diferenças significativas entre os grupos concentraram-se nas respostas dos cuidadores.

Muitos estudos apontam que os pais tendem a ter médias mais altas do que os professores nas escalas ASEBA (Coutinho et al., 2009; Pedrini et al., 2010; Ribeiro et al., 2017; Rocha, Ferrari & Silvares, 2011; Salbach-Andrae et al., 2009; Souza et al., 2013). Outro aspecto interessante é que as médias classificadas em nível clínico nesse grupo mostram o quanto esses pacientes têm prejuízos relacionais (apontados pelas escalas Retraimento/Depressão, Problemas Sociais, Comportamentos Agressivos e Problemas Opositor-Desafiantes), percebidos não somente pelos cuidadores como pelos professores. Esse resultado pode estar associado tanto com questões neurodesenvolvimentais, que produzem déficits nas habilidades sociais (Freitas & Del Prette, 2013; Marteleto, Schoen-Ferreira, Chiari, & Perissinoto, 2011; Marton, Wiener, Rogers, Moore, & Tannock, 2009), quanto pelas questões emocionais, que se manifestam através de comportamentos externalizantes e de evitação social (Campos, 2010; Campos, Del Prette & Pereira Del Prette, 2014; Vianna, Campos & Landeira-Fernandez, 2009).

Sobre a análise discriminante em si, observa-se que na Função 1 as escalas Escola e Retraimento/Depressão do CBCL resultaram em maiores pesos e tiveram correlação mediana com a função. Somado a isso, as médias entre os grupos da Função 1 são significativamente distintas, indicando que as escalas que formam a Função 1 conseguem fazer uma boa distinção entre os participantes que podem pertencer ao GC ou ao GN. Para melhor ilustrar essas diferenças, é possível observar na Tabela 3 que o GC teve média 48,50 (DP=6,75) e o GN média 28,58 (DP=8,21, p<0,001) na escala Escola, sendo este último valor considerado clínico. Já na escala Retraimento/Depressão, a média do GC foi de 51,07 (DP=2,33) e para o GN foi de 64,83 (DP=11,58; p<0,001).

A importância atribuída pela análise para a escala Escola nessa primeira função (F1) e a diferença significativa entre as médias dos grupos podem estar relacionadas ao fato de que

os cuidadores buscam o serviço de psicodiagnóstico no CAP devido a problemas escolares dos filhos, como já apontado em estudos anteriores feitos nesta instituição (Borsa, Segabinazi, Stenert, Yates, & Bandeira, 2013; Callegaro, Oliveira, Yates, & Bandeira, 2013). Além disso, parece haver uma valorização por parte dos cuidadores dos sintomas relacionados ao desempenho acadêmico, por ser algo que é avaliado e cobrado por terceiros (professores) e que tem um valor sociocultural importante para essa fase do desenvolvimento.

Os resultados da escala de Retraimento/Depressão contribuem para a hipótese dessa valorização dos sintomas escolares, pois ainda que ela contribua na diferenciação dos grupos, isso ocorreu em menor intensidade (0,434). Além disso, as questões que compõem essa escala investigam somente comportamentos de retraimento social e nenhum outro sintoma depressivo (como alterações no sono, no apetite e no humor), indicando que talvez não haja uma percepção tão acurada dos cuidadores em relação aos problemas emocionais das crianças e adolescentes, mas sim do prejuízo nas interações sociais destas. Os sintomas de retraimento social da escala ainda podem indicar sintomas que na verdade são comumente associados aos transtornos do Neurodesenvolvimento de prejuízo na qualidade das interações sociais, como a Deficiência Intelectual e o Transtorno do Espectro Autista (Freitas et al., 2013; Marteleto et al., 2011; Marton et al., 2009). Para os demais casos com conclusões neurodesenvolvimentais (Transtornos Específicos de Aprendizagem, TDAH e sintomas de dificuldade de aprendizagem), os sintomas de retraimento podem estar associados ao constrangimento devido ao baixo desempenho acadêmico dessas crianças e adolescentes (ver Tabela 1). Alguns estudos têm apontado baixo autoconceito e baixo repertório em habilidades sociais na população de crianças que têm dificuldades de aprendizagem (Cia & Barham, 2008; Gonçalves & Murta, 2008; Mazer, Bello, & Bazon, 2009). Quando atenta-se para as diferenças das médias nessa escala, o GC teve média de 51,07 (*DP*=2,33) e o GN, de 64,83 (*DP*=11,58, $p<0,001$), havendo diferenças significativas entre os grupos, mas ambas as médias não são classificadas como clínicas.

Em relação à Função 2, a escala do TRF Tempo Cognitivo Lento e a escala do CBCL Problemas Sociais tiveram maior peso e correlação alta com a função. Além disso, as diferenças entre GN e GNE nas escalas que constituem F2 são significativamente próximas e as diferenças entre as médias de ambas as escalas são significativas. O valor alto no Lambda de Wilks é esperado, uma vez que ambos são grupos considerados clínicos e com sintomas neurodesenvolvimentais.

A partir da inclusão da escala Tempo Cognitivo Lento na Função 2 e a média mais alta desta no grupo que foi diagnosticado somente com sintomas/transtornos do neurodesenvolvimento, comparando com o GNE (GN *M*=63,31, *DP*=6,00; e GNE *M*=58,63, *DP*=6,46; *p*<0,001), é possível hipotetizar que as questões que constituem essa escala formam um ponto comum de sintomas para essas crianças e adolescentes com problemas cognitivos. O Tempo Cognitivo Lento não é um construto muito estudado nacionalmente, mas revisões internacionais o descrevem como um conjunto de sintomas manifestos nos pacientes com diagnóstico TDAH de manifestação predominantemente desatenta; e outros estudos ainda o consideram como uma dimensão psicológica em si, que se apresenta num *continuum* e pode ter influência no desenvolvimento ou manutenção de alguns transtornos (Camprodon et al., 2013; Romero-Ayuso, 2016). Romero-Ayuso (2016) estabelece que o conjunto de sintomas que formam esse construto são: velocidade de processamento da informação diminuída (refletindo numa memória de trabalho pouco eficiente), tendência a devaneios/sonhar acordado (manifestada pela flutuação de atenção) e dificuldade de tomar iniciativa. Esses três sintomas teriam como denominador comum a lentidão cognitiva.

A partir desta conceitualização, também é possível pensar que a contribuição da escala Tempo Cognitivo Lento para a diferenciação dos grupos GN e GNE pode estar associada a maior média e a diferença significativa GN em relação à GNE e, consequentemente, à ideia de que pacientes pertencentes a este primeiro grupo têm sintomas neuropsicológicos. Nos casos de diagnósticos emocionais e cognitivos de GNE, pode haver uma influência importante das questões emocionais no desempenho acadêmico, o que torna mais difícil estabelecer a variável causal dos sintomas neurodesenvolvimentais. Outro aspecto importante é que essa escala foi a única entre todas as que entraram nas funções que foi respondida pelas professoras, mostrando que estas profissionais estão mais atentas às questões da qualidade e do desempenho cognitivo das crianças e adolescentes. Isso se diferencia da percepção dos cuidadores em relação a problemas na escola, anteriormente abordada, pois essas questões tratam mais do desempenho acadêmico relacionado a notas. A literatura aponta, de uma maneira geral, que os pais percebem mais do que os professores inclusive os sintomas neurodesenvolvimentais (Pedrini et al., 2010; Ribeiro et al., 2017; Rocha et al., 2011; Salbach-Andrae et al., 2009; Souza et al., 2013) e, em alguns estudos, eles têm inclusive melhor acurácia em relação ao diagnóstico final (Coutinho et al., 2009). O dado encontrado pelo presente estudo pode ser um indicador de que os professores podem ser bons informantes

no que se trata de questões específicas da aprendizagem e que estudos mais detalhados na área devem ser desenvolvidos.

Sobre a escala Problemas Sociais, como dito anteriormente, ela teve maior peso na função, mostrando a importância desta escala para diferenciar os grupos. Entretanto, ela teve menor correlação com a função se comparada com a escala Tempo Cognitivo Lento. Somando-se a isso, sua média foi de 65,33 (*DP*=8,43) para o GNE e de 59,42 (*DP*=7,51; $p<0,001$) para o GN, estando a primeira no nível clínico. Isso corrobora com a discussão feita no parágrafo anterior dessa seção, a qual apontou que crianças e adolescentes com problemas neurodesenvolvimentais e emocionais têm maiores dificuldades relacionais (Campos, 2010; Campos et al., 2014; Freitas et al., 2013; Marteleto et al., 2011; Marton et al., 2009; Vianna et al., 2009). Os itens da escala abordam questões de dependência social do cuidador, isolamento social e dificuldade de ter boas relações com as crianças e adolescentes da mesma faixa etária, o que pode ser tanto efeito relacionado aos sintomas neurodesenvolvimentais (como na Deficiência Intelectual e no Transtorno do Espectro Autista), quanto das próprias questões emocionais que impedem a criança de interagir de maneira saudável, como os quadros de sintomas de alteração de humor, sintomas/transtornos ansiosos e sintomas/transtornos depressivos.

Também cabe destacar que entre as quatro escalas selecionadas para integrar ambas as funções, nenhuma delas se referia a questões emocionais propriamente ditas, como ansiedade e depressão. Isso possivelmente se dá por dois motivos: 1) tanto cuidadores quanto professores têm dificuldades de identificar sintomas emocionais, pois a escala Ansiedade/Depressão não contribuiu para as funções discriminantes; e 2) as escalas DSM do ASEBA que investigam ansiedade e depressão tiveram altas correlações com as demais escalas, indicando que estas se sobrepõem, sendo necessários estudos futuros que melhor investiguem esses itens e sua aplicabilidade na população brasileira.

De uma maneira geral, foi possível observar que indicadores comportamentais que diferenciam o grupo sem sintomas clínicos (GC) daqueles que tiveram conclusão dentro da categoria neurodesenvolvimental (GN) no psicodiagnóstico foram as das escalas Retraimento/Depressão e Escola. Já na diferenciação entre os pacientes com conclusão em neurodesenvolvimento e aqueles que tiveram como conclusão concomitante questões neurodesenvolvimentais e emocionais (GNE), os indicadores comportamentais quediferenciam estes grupos pertencem às escalas Tempo Cognitivo Lento e Problemas

Sociais. Além disso, os resultados apontaram que a determinação dessas escalas para as diferenciações dos grupos resultou em bons valores de predição de pertencimento a essas categorias amostrais (GC, GN e GNE). Esse conjunto de resultados indica que as escalas do CBCL (Retraimento/Depressão, Escola e Problemas Sociais) e do TRF (Tempo Cognitivo Lento) podem ser bons recursos a serem considerados no momento da formulação da hipótese no psicodiagnóstico.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo averiguar quais escalas do CBCL e do TRF que contribuiriam para a discriminação dos grupos amostrais e, a partir disso, verificar a predição

dessas escalas para a classificação dos participantes desta pesquisa. Os resultados indicaram que a partir de quatro escalas do CBCL e do TRF foi possível estabelecer a discriminação entre os grupos controle e neurodesenvolvimento e os grupos neurodesenvolvimento e neurodesenvolvimento e emocional. Foi possível verificar também que as escalas ASEBA para pais e professores podem auxiliar no processo psicodiagnóstico a partir da construção das hipóteses diagnósticas, pois essas escalas tiveram uma boa porcentagem preditiva. Entretanto, os resultados indicam que os pais têm uma maior contribuição nas diferenciações dos grupos amostrais, na medida em que estes tiveram uma maior quantidade de escalas do CBCL integrando as funções discriminantes. Seria importante que estudos futuros pudessem investigar melhor a contribuição e quais fatores estão associados à percepção dos professores em relação a sintomas de crianças e adolescentes, já que este estudo contou com uma amostra clínica pequena, com todos os casos envolvendo problemas neurodesenvolvimentais.

Entretanto, cabe destacar algumas limitações. A primeira delas foi a amostra pequena e distribuição não-normal dos escores, o que impossibilitou extrapolar os resultados encontrados para a população geral. Somado a isso, as variáveis sociodemográficas não estão homogeneamente distribuídas entre os grupos da amostra, o que faz com que essas informações tornem-se variáveis confundidoras dos resultados desse estudo. Pesquisas futuras devem investigar amostras maiores e com maior variabilidade socioeconômica.

Ainda assim, os resultados encontrados neste trabalho contribuem para a discussão sobre o uso das escalas ASEBA em contexto clínico, especialmente no contexto do Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS. Além disso, os achados deste estudo ajudam a pensar maneiras de como avaliar a contribuição das escalas no processo psicodiagnóstico e como as escalas ASEBA podem auxiliar na tomada de decisão do profissional da saúde. Por fim, este estudo é uma contribuição para a área de investigação sobre o heterorrelato no processo psicodiagnóstico, uma vez que se propôs a discutir para além das médias encontradas nas escalas ASEBA entre os respondentes.

7.REFERÊNCIAS

Achenbach T. M. (1991). *Integrativeguide for the CBCL/418, YSR and TRF profiles.* Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.

Achenbach, T. M. (2006). As others see us: Clinical and research implications of cross-informant correlations for psychopathology. *Current Directions in Psychological Science, 15*(2), 94-98.

Achenbach, T. M. (2015). Multicultural Evidence-Based Assessment Using the Achenbach System Of Empirically Based Assessment (ASEBA) For Ages ½-90+. *Psychologia. Avances de la disciplina, 9*(2), 13-23.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). ASEBA school-age forms & profiles. Recuperado em 08 de setembro de 2018, de http://aseba.com/ordering/ASEBA%20Reliability%20and%20Validity-School%20Age.pdf

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Assis, S. G., Avanci, J. Q., & Oliveira, R. D. V. C. D. (2009). Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. *Revista de Saúde Pública, 43*, 92-100.

Brasil (2004). Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n. 8 de 07 de maio de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Brasília, DF. Recuperado em 26 de novembro de 2018, de http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf

Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C. T., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Silvares, E. F. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): An overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública, 29*, 13-28.

Borsa, J. C., & Nunes, M. L. T. (2008). Concordância parental sobre problemas de comportamento infantil através do CBCL. *Paidéia, 18*(40), 317-330.

Borsa, J. C., & Nunes, M. L. T. (2011). Prevalência de problemas de comportamento em uma amostra de crianças em idade escolar da cidade de Porto Alegre. *Aletheia, 34*, 32-46.

Borsa, J. C., Segabinazi, J. D., Stenert, F., Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (2013). Caracterização da clientela infanto-juvenil de uma clínica-escola de avaliação psicológica de uma universidade brasileira. *Psico, 44*(1), 73-81.

Borsa, J. C., Souza, D. S., & Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Revista Psicologia-Teoria e Prática, 13*(2), 15-29.

Callegaro, J. B., Oliveira, S. E. S., Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (2013). Centro de Avaliação Psicológica-CAP: Uma clínica-escola especializada em avaliação e diagnóstico psicológico. *Psicologia Clínica, 25*(1), 101-114.

Campos, J. R. (2010). *Habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão: considerando fatores de gênero e socioeconômicos*. Dissertação (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação de Psicologia). Recuperado 28 de novembro de 2018 de http://www. ppgpsi.ufscar.br/pdf/Diss-Jrc_050615.pdf

Campos, J. R., Del Prette, A., & Pereira Del Prette, Z. A. (2014). Habilidades sociais e depressão na adolescência: Uma revisão da literatura. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 22(4), 469-482.

Camprodon, E. R., Duñó, L., Batlle, S., Estrada, X., Aceña, M.,..., & Ribas-Fitó, N (2013). El tempo cognitivo lento: Revisión de un constructo. *Child and Adolescent, 26*, 718-723.

Cia, F., & Barham, E. J. (2008). Estabelecendo relação entre autoconceito e desempenho acadêmico de crianças escolares. *Psico, 39*(1), 21-27.

Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2013). *Cartilha avaliação psicológica - 2013*. Brasília: CFP. Recuperado de: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Avaliac%CC% A7aopsicologicaCartilha1.pdf

Coutinho, G., Mattos, P., Schmitz, M., Fortes, D., & Borges, M. (2009). Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: Resultados de uma amostra clínica brasileira. *Revista Psiquiatria Clínica, 36*(3), 97-100.

Cunha, J. A. (2003). A história do examinando. In Cunha, J. A. (Org). *Psicodiagnóstico* (pp. 57-66). São Paulo: Artmed.

Dalgleish, L. I. (1994). Discriminant analysis: Statistical inference using the jackknife and bootstrap procedures. *Psychological Bulletin, 116*(3), 498-508.

Freitas, L. C., & Del Prette, Z. A. P. (2013). Habilidades sociais de crianças com diferentes necessidades educacionais especiais: Avaliação e implicações para intervenção. *Avances em Psicología Latinoamericana, 31*(2), 344-362.

Giacomoni, C. H. & Bandeira C. M. (2016). Entrevista com pais e demais fontes de informação. In, C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini & J. S. Krug, (Org). *Psicodiagnóstico* (pp. 21-26). Porto Alegre: Artmed.

Gonçalves, E. S., & Murta, S. G. (2008). Avaliação dos efeitos de uma modalidade de treinamento de habilidades sociais para crianças. *Psicologia: Reflexão e crítica, 21*(3), 430-436.

Grigorenko, E. L., Geiser, C., Slobodskaya, H. R., & Francis, D. J. (2010). Cross-informant symptoms from CBCL, TRF, and YSR: Traitand method variance in a normative sample of Russian youths. *Psychological Assessment, 22*(4), 892-911.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2014). *Discriminant Analysis. In Multivariate data analysis* (pp. 589-604). Essex: Pearson.

Krug, J. S, Trentini, C. M. & Bandeira, D. R.. (2016). Conceitualização de psicodiagnóstico na atualidade. In, C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & J. S. Krug, (Org). *Psicodiagnóstico* (pp. 16-20). Porto Alegre: Artmed.

Marteleto, M. R. F., Schoen-Ferreira, T. H., Chiari, B. M., & Perissinoto, J. (2011). Problemas de comportamento em crianças com transtorno autista. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 27*(1), 5-12.

Marton, I., Wiener, J., Rogers, M., Moore, C., & Tannock, R. (2009). Empathyand social perspective taking in children with attention-deficit/hyperactivitydisorder. *Journal of abnormal child psychology, 37*(1), 107-118.

Mazer, S. M., Bello, A. C. D., & Bazon, M. R. (2009). Dificuldades de aprendizagem: Revisão de literatura sobre os fatores de risco associados. *Psicologia da educação, 28*, 7-21.

Pedrini, J. R., & Frizzo, G. B. (2010). Avaliação de indicadores de problemas de comportamento infantil relatados por pais e professores. *Aletheia, 33*, 69-83.

Rocha, M. M. D., Ferrari, R. A., & Silvares, E. F. D. M. (2011). Padrões de concordância entre múltiplos informantes na avaliação dos problemas comportamentais de adolescentes: implicações clínicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 11*(3), 948-964.

Romero-Ayuso, D. M. (2016). Trastorno por Déficit de Atención y Tempo Cognitivo Lento. *Revista Mexicana de Investigaciónen Psicología, 8*(2), 199-206.

Ribeiro, A. F, Marino, R. L. F., Cantiere, C. N., Teixeira, M. C. T. V., Rocha, M. M.,..., & Carreiro, L. R. R. (2017). Contribuição de múltiplos informantes para avaliação comportamental de adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade. *Psico, 48*(4), 295-305.

Salbach-Andrae, H., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2009). Patterns of agreement among parent, teacher and youth ratings in a referred sample. *European Psychiatry, 24*(5), 345-351.

Silva, M. A. & Bandeira D. R. (2016). A entrevista de anamnese. In, C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & J. S. Krug, (Org). *Psicodiagnóstico* (pp. 21-26). Porto Alegre: Artmed.

Souza, F. R., & Mosmann, C. (2013). Crianças e adolescentes encaminhados para psicoterapia pela escola: Percepções de genitores e professores. *Revista da SPAGESP, 14*(2), 39-54.

Vianna, R. R. A. B., Campos, A. A., & Landeira-Fernandez, J. (2009). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: Uma revisão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 5*(1), 46-61.