UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica

Deisy Ribas Emerich

Avaliação comportamental infantil: inclusão de múltiplos informantes e o uso da entrevista clínica

São Paulo
2013

Deisy Ribas Emerich

Avaliação comportamental infantil: inclusão de múltiplos informantes e o uso da entrevista clínica

(Versão original)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.
Área de Concentração: Psicologia Clínica
Orientadora: Profª Titular Edwiges Ferreira de Mattos Silvares.

São Paulo
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Emerich, Deisy Ribas.
Avaliação comportamental infantil: inclusão de múltiplos informantes e o uso da entrevista clínica / Deisy Ribas Emerich; orientadora Edwiges Ferreira de Mattos Silvares. -- São Paulo, 2013.
123 f.
Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clinica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Crianças 2. Distúrbios do comportamento 3. Entrevistas (Psicologia) 4. Psicologia da criança I. Título.

HQ767.8

Folha de Aprovação

Nome: Emerich, D. R.

Título: Avaliação comportamental infantil: inclusão de múltiplos informantes e o uso da entrevista clínica

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em: ____/____/_____

Banca Examinadora

Profª Titular Edwiges Ferreira de Mattos Silvares

Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia

Assinatura: _____

Profª Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Assinatura: _____

Profª Dra. Marcia Helena da Silva Melo

Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia

Assinatura: _____

Aos meus pais, Jaider e Daisy, pela vida, pelas orações, pelo amor e apoio incondicional, pela transmissão dos valores que embasaram a minha formação de caráter e as minhas escolhas, e por sempre falarem "Filha, o estudo e o conhecimento são as maiores riquezas que nós podemos te deixar, e isto ninguém nunca tirará de você".

Palavras não expressam a minha gratidão a Deus por ter sido escolhida para vivenciar este amor puro e intenso que vocês tem um pelo outro e por mim.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho como este só é possível graças a uma série de pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para o andamento de cada etapa. A cada delas, eu gostaria de deixar o meu sincero "Obrigada!".

Agradeço à minha orientadora, Vivi, por ter me acolhido no grupo de pesquisa em 2007, pelo modelo de pesquisadora, por compartilhar os seus conhecimentos e, acima de tudo, por acreditar no meu potencial.

À minha "co-orientadora", Marina, por nortear os passos iniciais deste projeto, pela atenção e cuidados dedicados e pela parceria produtiva em diversos outros trabalhos.

Aos meus avós, Delmo e Maris, que me ensinaram o valor do trabalho e da honestidade, por terem me fornecido todo o amor do mundo e por apoiarem as minhas decisões.

À tia Dilmara, minha "segunda mãe", sem a qual eu jamais teria tido as conquistas que tive, pelo amor, pelo apoio, pela disponibilidade para pensar junto sobre os problemas e os planos, e por comemorar comigo cada conquista.

Aos meus avós, Jader e Ruth, cujas vidas são um exemplo de amor ao próximo, pelo acolhimento quando precisei e pelas constantes orações a meu favor.

Ao João Paulo, pelo apoio, pelo olhar acalentador, pela paciência, pelo amor e pelos planos que me motivam a cada vez ir mais longe. Eu te amo.

À Rebeca, por ter me ensinado a cultivar o sentimento mais próximo de "amor fraterno" que nutro por alguém, pelos cafunés nos momentos de crise e por alegrar-se com as minhas conquistas. Ah, e obrigada, Rê, por ter aberto um champanhe e brindado comigo a aprovação no processo seletivo do mestrado. Você não sabe como este gesto foi importante para mim naquele momento.

Aos anjos que Deus colocou na minha vida, Carolina e Luan, por acreditarem no meu potencial, por estarem ao meu lado na busca do nosso sonho, por me tranquilizarem e divertirem nos momentos difíceis, pelos conselhos e pelo carinho sem medida.

À Flora, cujo nome já expressa o quão bonita e preciosa é, pela amizade cada vez mais sólida, pelos incentivos aos meus projetos, pelos puxões de orelha que me

tornam alguém melhor, pelas mensagens que sempre terminavam com "Agora vai trabalhar na dissertação, bonita".

Às amigas Nahara, Paula e Rafaela, que a todo o momento estiveram ao meu lado durante a execução e a conclusão deste projeto, sempre com as mãos estendidas para me dar o apoio necessário. Vocês tornaram a minha vida muito mais bonita e o meu fardo mais leve, e por todo este carinho eu jamais poderei expressar a gratidão que sinto.

À equipe do Projeto Enurese, pelas reflexões sobre o projeto de pesquisa e por me auxiliarem durante a realização do mesmo. Em especial, agradeço ao Guilherme pela disponibilidade e ajuda durante a coleta de dados.

Às professoras Cris e Márcia, pelas sugestões dadas na ocasião do Exame de Qualificação que contribuíram sobremaneira para a coerência textual e teórica do presente trabalho.

À Liliana Seger, com que eu tive o prazer de dividir as dores e as glórias do mestrado e da vida, e por quem eu nutro um carinho e admiração sem fim.

Aos amigos que, durante um almoço ou uma cerveja, me incentivaram, questionaram, divertiram, acolheram e amaram. Sem vocês teria sido muito difícil. Um imenso "obrigada" para Evellyn Heringer, Priscila Sousa, Maurício Mura, Rodrigo Tona, Rodrigo Fernando Pereira, Pedro Moysés, Jéssica de Assis, Fábio Martines, Maisa Kirchmaier, Eduardo Maluf, Luis Falco, Amanda Biagiotti, Gabriela Boschetti e Camila Reis.

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Cícera e Claúdia, pela disponibilidade para esclarecer minhas dúvidas e me ajudar a lidar com as burocracias acadêmicas.

À psicóloga Marina Fibe, da Clínica Psicológica Durval Marcondes do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, que, desde o início do projeto, gentilmente me auxiliou na seleção e no encaminhamento de participantes para a pesquisa.

Às famílias que aceitaram participar do estudo e confiaram no meu trabalho.

Às crianças que confidenciaram a mim sua realidade, seus problemas, suas expectativas e seus sonhos. Tudo isto estará muito bem guardado.

À Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP) pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização deste projeto.

Resumo

Como as dificuldades comportamentais e emocionais infantis, se não superadas neste período, podem estender-se ao longo do desenvolvimento, é de fundamental importância o investimento em estudos focados na avaliação e compreensão dos problemas de comportamento desta população, para, então, realizar um planejamento de intervenção adequado às suas necessidades. O presente trabalho tem como ponto de partida o reconhecimento da importância de múltiplas fontes de informações no processo de avaliação da criança, incluindo ela própria e o psicólogo clínico, para que haja o melhor atendimento psicológico. O objetivo desta pesquisa foi identificar a presença de problemas de comportamento em crianças a partir da avaliação de seus pais e do clínico, compreender os fatores de risco que possam estar associados a presença de tais dificuldades e analisar os níveis de concordância e discordância entre as avaliações realizadas pelas múltiplas fontes. Para tanto, foram realizadas entrevistas clínicas semiestruturadas (SCICA) com 25 crianças, de ambos os sexos e com idade entre sete e 11 anos, encaminhadas para atendimento em serviços de saúde mental, a fim de compará-las com as respostas dos pais/cuidador a um inventário de comportamentos infantis, o CBCL. Também foram coletadas informações sobre a presença de fatores de risco na família (Índice de Adversidade Familiar) e sobre os problemas de comportamento dos cuidadores que realizaram a avaliação (ASR). A SCICA mostrou-se um protocolo de entrevista válido para obtenção de observação comportamental e do relato da criança sobre seu funcionamento. A partir da análise dos resultados identificou-se que tanto os problemas observados pelos clínicos, quanto os reportados pela própria criança, apresentavam-se em taxas inferiores às relatadas pelos cuidadores. As dificuldades com agressividade e com ansiedade/depressão dos pais se mostraram um fator explicativo para as discrepâncias identificadas. As análises com os fatores de risco revelaram uma correlação positiva entre os escores no IAF e a presença de dificuldades internalizantes e total de problemas relatados pelas crianças. Considerando os fatores de risco isoladamente, observou-se que o fator “presença de discórdia conjugal” guardava relação com as dificuldades externalizantes e totais, enquanto o fator “presença de psicopatologia na família” estava relacionado às dificuldades internalizantes. Os dados sobre adversidade ambiental sugerem a importância de acompanhar os pais paralelamente ao trabalho da criança, dado que as condições de saúde mental na família e a presença de conflito marital apresentam uma relação intrínseca com as dificuldades infantis. A partir das análises de discordâncias observamos que a inclusão de forma sistematizada das diversas fontes mostrou-se relevante, pois, articuladamente ao relato dos pais, foi possível ir além da queixa declarada inicialmente e identificar outras áreas deficitárias do funcionamento das crianças avaliadas.

Palavras-chave: Criança, Transtornos do Comportamento Infantil, Entrevista Psicológica.

Abstract

The children's behavioral and emotional difficulties, if not overcome during childhood, may extend through the adult development, so it is extremely important to invest in studies focused on the evaluation and understanding of their behavioral problems to perform an intervention plan on these needs. One of the main concepts of this study is to recognize the importance of having multiple sources of information in the child's evaluation process (for instance, him/herself and the clinical psychologist) to have the best psychological care. The objective of this research was to identify the presence of behavioral problems in children based on their parents' and clinical assessment, to analyze the risk factors that may be associated with these difficulties and to examine the levels of agreement and disagreement between the evaluations performed by multiple sources. To achieve that, we have compared the children's scores on a parent-report questionnaire, the CBCL, with semi-structured clinical interviews that were performed with 25 children referred for psychological care, of both genders and age range from 7 to 11 years old. We have also collected information about the presence of risk factors in the family (Rutter's Family Adversity Index) and about the presence of parents' behavioral problems according to ASR. The SCICA proved to be a valid interview protocol to obtain behavioral observation and child's report about their functioning. From the analysis, we found that the problems noted by clinicians and reported by the child, were presented at rates lower than those reported by caregivers. An explanatory factor for the discrepancies found was parents´ aggression and anxiety/ depression problems. According to the analysis, Rutter's Family Adversity Index scores had a positive correlation with the presence of internalizing problems and total problems reported by children. Regarding the types of risk factors, it has been observed that the "marital discordance" factor was linked to the externalizing and total problems, while "presence of psychopathology in the family" factor was related to internalizing problems. Data on environmental adversity suggests the importance of instructing parents while the child´s treatment is being conducted, given that family mental health problems and the presence of marital conflict have a close relationship with the children's difficulties. From the identified discrepancies we can conclude that a systematic inclusion of the various sources is relevant, since the parental-report integrated with clinical psychologist perception and child's report allowed to go beyond the main complaint initially declared and identify other deficient areas of children functioning.

Keywords: Child, Child Behavior Disorders, Psychological Interview.

Lista de Figuras

Figura 1. Escalas da SCICA 44
Figura 2. Distribuição dos participantes (crianças) em função da idade 54
Figura 3. Distribuição dos participantes (crianças) segundo a classificação da inteligência geral no Raven Infantil – Matrizes Progressivas Coloridas 54
Figura 4. Distribuição dos participantes (cuidadores) em função da idade 56
Figura 5. Distribuição dos participantes segundo o nível socioeconômico. 57
Figura 6. Perfil médio da amostra nas Escalas Síndromes do CBCL/6-18 69
Figura 7. Perfil médio da amostra nas Escalas Globais do CBCL/6-18 71
Figura 8. Perfil médio da amostra nas Escalas Síndromes da SCICA 74
Figura 9. Perfil médio da amostra nas Escalas Globais da SCICA 75
Figura 10. Análise de Bland-Altman entre as diferenças nas avaliações da realizadas pelos pais (CBCL) e pelo clínico/ criança (SCICA) para as Escalas Síndromes 89
Figura 11. Análise de Bland-Altman entre as diferenças nas avaliações da realizadas pelos pais (CBCL) e pelo clínico/ criança (SCICA) para as escalas globais. 91

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição dos participantes segundo as principais queixas para encaminhamento para atendimento psicológico no serviço-escola 53
Tabela 2. Dados dos participantes em relação à presença de fatores de risco 59
Tabela 3. Coeficientes de correlação de Spearman (*rho*) entre as avaliações de problemas de comportamento pelo CBCL e o IAF 61
Tabela 4. Coeficientes de correlação de Spearman (*rho*) entre as avaliações de problemas de comportamento pela SCICA e o IAF 65
Tabela 5. Média dos escores T obtidos pelas crianças nas escalas do CBCL/6-18..... 68
Tabela 6. Média dos escores obtidos pelas crianças nas escalas da SCICA 73
Tabela 7. Média dos escores obtidos pelas crianças nas escalas do ASR 77
Tabela 8. Concordância de classificação e Coeficiente Kappa entre as medidas de avaliação de problemas de comportamento infantis (CBCL e SCICA)..... 81
Tabela 9. Valores do coeficiente de correlação intraclasse das medidas de avaliação de problemas de comportamento infantis (CBCL e SCICA)..... 86

Lista de Siglas

APA	America Psychiatry Association
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ASEBA	Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada
ASR	Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos – versão brasileira do *Adult Self-Report*
CBCL	Inventário dos Comportamentos para Crianças e Adolescentes – versão brasileira do *Child Behavior Checklist*
DISC-P	*Diagnostic Interview Schedule for Children - Parent version*
DP	Desvio Padrão
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição revisada
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EE	Escala de Externalização
EI	Escala de Internalização
FA	Formulário de Autorrelato da SCICA
FO	Formulário de Observação da SCICA
FSP-USP	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
IAF	Índice de Adversidade Familiar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Coeficiente De Correlação Intraclasse – tradução de *Intraclass Correlation Coefficient*
OMS	Organização Mundial de Saúde
SCICA	Entrevista Clínica Semiestruturada para Crianças e Adolescentes – versão brasileira da *Semi-structured Clinical Interview for Children and Adolescents*
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – São Paulo
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TP	Escala Total de Problemas Emocionais/ Comportamentais
TPObs	Escala Total de Problemas Observados
TPAuto	Escala Total de Problemas Autorrelatados
TRF	Inventário dos Comportamentos para Crianças e Adolescentes – Formulário para Professores – versão brasileira do *Teacher Report Form*
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	World Health Organization
YSR	Inventário de Autoavaliação para Adolescentes – versão brasileira do *Youth Self Report*

Conteúdo

1. Introdução 13

1.1. Avaliação de problemas de comportamento: Avaliação Baseada em Diagnóstico e Avaliação Empiricamente Baseada 17

1.2. Avaliação de problemas de comportamentos infantis 20

1.3. Inclusão de múltiplos informantes no processo de avaliação 22

1.4. Inclusão do relato da criança no processo de avaliação 26

1.5. A utilização de entrevista clínica com a criança na avaliação de problemas de comportamento infantis 29

2. Justificativa e objetivos 36

3. Método 38

3.1. Amostra 38

3.2. Instrumentos 39

3.2.1. Para avaliação da criança 39

3.2.2. Para avaliação do cuidador principal 45

3.3. Aspectos Éticos 47

3.4. Procedimento 47

3.5. Forma de análise dos resultados 49

4. Resultados e Discussão 51

4.1. Caracterização da amostra (crianças e cuidadores) 51

4.1.1. Caracterização das crianças 51

4.1.2. Caracterização dos cuidadores 55

4.1.3. Índice de Adversidade Familiar 58

4.2. Análises descritivas das avaliações de problemas de comportamento 67

4.2.1. CBCL/6-18 67

4.2.2. SCICA 72

4.2.3. ASR..... 76

4.3. Análises comparativas das avaliações de problemas de comportamento..... 78

5. Conclusões..... 98

6. Referências Bibliográficas..... 104

7. Apêndices 113

8. Anexos..... 119

1. Introdução

"De todos os presentes da natureza para a raça humana,
o que é mais doce para o homem do que as crianças?"
Ernest Hemingway

A infância é um período do desenvolvimento humano que, apesar de sua importância, começou a ser foco de estudos mais recentemente. Isto se deve possivelmente ao fato de o próprio conceito de crianças ser uma noção historicamente construída que sofreu modificações ao longo dos séculos (Ariés, 1981).

Até o século XII as crianças com sete anos já eram vistas e tratadas como pequenos adultos, tanto que estas "vestiam-se como eles, faziam os mesmos trabalhos e ingressavam na comunidade sexual dos adultos quando tinham idade inferior à dos garotos e garotas de hoje" (Nascimento, Brancher, & Oliveira, 2008, p. 11). Atualmente, na sociedade contemporânea, há diversos parâmetros etários para se definir "criança". Segundo a Organização Mundial da Saúde pode-se considerar criança os sujeitos com idade entre 2 e 9 anos (World Health Organization [WHO], 1995) e o Estatuto da Criança e do Adolescente declara criança como sendo a pessoa desde o nascimento até 12 anos de idade incompletos ([ECA], Brasil, 1990). Com um parâmetro ainda mais amplo, o Fundo das Nações Unidas para a Infância considera criança como sendo "todo o ser humano com menos de dezoito anos, exceto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo" (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], n.d., p. 6).

A partir do século XIX, tanto no Brasil como em outros países, começou a surgir uma preocupação com a criança (Nascimento, Brancher, & Oliveira, 2008), no entanto,

apenas muito recentemente, a partir da década de 60, a infância passou a ser o foco de pesquisadores e historiadores.

Com o passar dos anos, a sociedade começou a diferenciá-las e a reconhecer os seus diretos e, nos dias de hoje, a criança parece ocupar um lugar de destaque na sociedade, havendo uma série de expectativas em relação a ela. Neste período em que ocorre o desenvolvimento infantil espera-se que a criança adquira habilidades importantes, tanto do ponto de vista físico, quanto mental, para lidar com os desafios que lhe são apresentados no dia-a-dia e com os problemas típicos desta fase do desenvolvimento. Porém, o desenvolvimento normal infantil pode ser afetado pela presença de fatores de risco ambientais, biológicos, psicológicos e psicossociais (Rutter, 1981), que colaboram para o aparecimento de problema de comportamento. Estes problemas podem ser compreendidos como variações no processo de desenvolvimento saudável em consequência de respostas adaptativas, de transtornos transitórios ou de desvios no desenvolvimento esperado (Gauy & Guimarães, 2006).

Apesar de Bolsoni-Silva e Del Prette (2003) afirmarem que a terminologia "problemas de comportamento" apresenta sérias dificuldades quanto à definição, classificação e diagnóstico, Ross (1974) oferece uma definição bastante abrangente e esclarecedora. Este autor define problemas de comportamento como categorias comportamentais que diferem de uma norma social, arbitrária e relativa, porque ocorrem com uma frequência e intensidade que as pessoas significativas do meio do sujeito julgam ser alta ou muito baixa (Ross, 1974). Nesta perspectiva observa-se que a classificação de um comportamento como "problemático" não se dá tanto em função da topografia, mas sim do impacto que o mesmo causa no ambiente e como isto é compreendido pelos adultos significativos do meio da criança, geralmente os pais.

Os padrões de interação entre crianças, adolescentes e os pais se instituem de acordo com as condições objetivas da cultura na qual se inserem (Salles, 2005). Apesar de haver uma variação cultural em termos do modo de interação entre os membros da família, geralmente há uma expectativa por parte dos demais em relação ao desempenho social da criança e, neste caso, quando os pais identificam o comportamento da criança como desviante deste curso esperado de desenvolvimento, geralmente a encaminham para atendimento em serviços de saúde mental (Mash & Hensley, 2010).

A busca por ajuda externa para manejar o "comportamento-problema", porém, não está vinculada unicamente à identificação do mesmo como desviante. Muitas vezes os adultos responsáveis buscam ajuda terapêutica apenas quando a queixa apresentada pela criança acaba por impactar o ambiente como um todo, inclusive a vida dos próprios pais. Por exemplo, as dificuldades de comportamento manifesto, como agressividade física ou verbal, hiperatividade, provocações ou comportamento delinquente, geralmente causam grande impacto no ambiente, o que perturba a vida dos adultos, professores ou cuidadores da criança e os motivam a procurar atendimento com maior rapidez.

Além das dificuldades no comportamento manifesto – também definidas como problemas externalizantes (Achenbach & Edelbrock, 1983) –, a procura por atendimento também pode ocorrer em função dos problemas internalizantes, como retraimento, ansiedade, timidez ou insegurança. Estes problemas internalizantes consistem em padrões comportamentais privados que são menos observáveis e não incomodam tanto os adultos, o que contribui para que, muitas vezes, não haja uma

busca urgente por atendimento psicológico nestes casos (Frank, Van Egeren, Fortier & Chase, 2000; Marinho, 2005).

Embora os estudos sejam divergentes em relação a quais destas dificuldades são mais prevalentes, queixas externalizantes ou internalizantes, o fato é que, com o desenvolvimento de ferramentas mais avançadas de diagnóstico, nas últimas décadas o número de crianças que apresentam problemas de comportamento pode ter aumentado em duas ou três vezes (Sourander et al., 2004). Pesquisas apontam que cerca de 10 a 20% das crianças apresentam problemas emocionais e comportamentais, sendo estes as principais causas de problemas de saúde mental na infância (Stewart-Brown, 2003).

Justamente em função desta alta prevalência de problemas de comportamento, a população infantil passou a representar uma demanda recorrente nos serviços de saúde mental (Campezato & Nunes, 2007; Ferreira & Marturano, 2002).

Esta faixa etária merece ser foco de grande atenção, uma vez que, como discutido anteriormente, as dificuldades comportamentais e emocionais iniciadas na infância, importantes em si mesmas, podem estender-se até a adolescência e vida adulta (Stewart-Brown, 2003; Rutter, Kim-Cohen, & Maughan, 2006; Anselmi, et al., 2008; Copeland, Shanahan, Costello, & Angold, 2009).

Neste sentido, é imperativo que haja empenho em desenvolver ferramentas cada vez mais eficazes para avaliar os problemas de comportamentos desta clientela, para que, então, seja possível planejar intervenções remediativas e/ou ações preventivas destinadas às suas demandas.

1.1. Avaliação de problemas de comportamento: Avaliação Baseada em Diagnóstico e Avaliação Empiricamente Baseada

A avaliação da queixa do cliente, área central da atuação em saúde mental infantil, é considerada de fundamental importância por permitir a identificação e medida de unidades significativas de resposta, bem como suas variáveis controladoras (tanto ambientais, quanto organísmicas) (Hayes, 1987, citado por Silvares, 2000a). É a partir da obtenção dessas informações relativas à queixa que se pode realizar a formulação comportamental, parte imprescindível no processo terapêutico. Esta consiste na organização destas informações e identificação das variáveis e contingências de controle responsáveis pela etiologia e manutenção do comportamento-problema (Moraes, 2010).

Apesar de existirem diversos métodos para avaliar as dificuldades emocionais e comportamentais de populações infantis, elas podem ser englobadas em dois grandes grupos: (1) Avaliação Baseada em Diagnóstico e (2) Avaliação Empiricamente Baseada (Achenbach & Rescorla, 2001).

A avaliação baseada em diagnóstico, realizada por meio de uma entrevista diagnóstica, constitui-se em um sistema de classificação de transtornos psicopatológicos, no qual os problemas de comportamentos são descritos como sintomas de transtornos (Achenbach & Rescorla, 2007). As categorias diagnósticas que servem de base para este tipo de avaliação foram desenvolvidas por especialistas que, baseados em sua experiência clínica, formularam e estabeleceram critérios com o objetivo de determinar se a criança ou adolescente tem o transtorno representado por

aquela categoria (Achenbach & Rescorla, 2007). Neste sistema, a criança atinge os critérios para um transtorno caso apresente um número específico de sintomas que compõem uma categoria diagnóstica.

Ainda que esta modalidade de avaliação seja bastante difundida nos serviços de saúde mental por facilitar a comunicação interdisciplinar (Silvares, 1991), há algumas críticas em relação a este modelo. Belfer (2008), por exemplo, argumenta que os critérios da avaliação baseada em diagnóstico não são propriamente adequados para a avaliação de crianças e adolescentes. Além disso, têm uma aplicação limitada em estudos multiculturais por apresentarem uma visão muito "ocidental" do indivíduo.

Já no modelo de avaliação empiricamente baseada, as categorias taxonômicas são construídas tendo como base a experiência de pais, professores, clínicos e o próprio paciente, pessoas que têm conhecimento sobre o funcionamento de crianças e adolescentes em diferentes contextos e não apenas em contexto clínico, como no modelo de avaliação baseada em diagnóstico (Achenbach & Rescorla, 2007). Assim, o estabelecimento das categorias taxonômicas ocorre do seguinte modo: a partir de um levantamento dos problemas de comportamentos da criança ou adolescente, realizam-se análises fatoriais a fim de agrupá-los em escalas de avaliação de psicopatologias de acordo com o que é encontrado nesta população (Achenbach, et al., 2008). De acordo com este modelo, a criança atinge os critérios para uma síndrome caso apresente um número sintomas que, por meio de variações estatísticas, ocorrem juntos (Cantwell, 1996).

O sistema de avaliação empiricamente baseada mais usado e pesquisado no mundo é o "Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada" (*Achenbach System of Empirically Based Assessment* – ASEBA) (Achenbach & Rescorla, 2007). Este

sistema foi desenvolvido considerando o fato de que a avaliação psicológica infanto-juvenil deve ser baseada em informações provindas de diversas fontes de observação (múltiplos informantes), de ferramentas padronizadas que avaliam um grande espectro de psicopatologias e permitam a comparação dos resultados, inclusive entre diferentes sociedades (Achenbach & Rescorla, 2001). Considerando estes preceitos, o ASEBA consiste em um sistema composto por uma série de inventários que são aplicáveis a diversos clientes, de diferentes faixas etárias, e em variadas situações (Achenbach & Rescorla, 2004).

Apesar das vantagens destacadas, este modelo é criticado por clínicos comportamentais radicais, por basear-se na topografia dos comportamentos e não em sua função (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). O argumento utilizado por estes autores é o fato de um mesmo resultado poder ser estabelecido por diversos processos, ou resultados topograficamente diferentes podem ser provenientes do mesmo processo, sendo que este modelo não se mostra sensível a estas questões. Endossando esta posição, Neno (2003) destaca que este modelo seria de pouca valia para orientar intervenções eficazes, pois não enfatiza a função do comportamento.

A despeito destas críticas, duas das maiores vantagens do modelo empiricamente baseado são: a possibilidade de comparar a percepção de diversos informantes e quantificar aspectos qualitativos do comportamento da criança que não podem ser imediatamente acessados por outros meios (Achenbach, et al., 2008). Estas vantagens vão ao encontro de um dado amplamente consensual na literatura sobre a avaliação de problemas de comportamento de crianças: a avaliação exige informações provenientes de vários informantes (Kraemer, Measelle, Ablow, Essex, Boyce, & Kupfer, 2003).

1.2. Avaliação de problemas de comportamentos infantis

A relevância de ter informações provindas de diversas fontes, independente da idade do cliente, já é algo consensual na literatura. No entanto, quando nos referimos ao público infantil este aspecto ganha ainda mais destaque.

"As crianças não aparecem para uma avaliação psicológica por vontade própria" (Siegel, 1987, p. 15). Esta é uma grande verdade, pois, no caso de crianças, a procura por ajuda psicológica é determinada pelos adultos que convivem com ela, ou seja, pais, cuidadores ou até mesmo professores buscam ajuda externa quando reconhecem a necessidade da intervenção, mas não se sentem capazes de fornecê-la (Shirk & Saiz, 1992).

Comumente, em estudos de prevalência e de avaliação de dificuldades emocionais e comportamentais em população infantil, emprega-se o relato de pais (Costello, Egger, & Angold, 2005; Angold & Egger, 2007). É interessante notar que, geralmente, as mães se destacam como informantes por ser o principal cuidador primário, disciplinador e, teoricamente, passar mais tempo do que o pai com os filhos (McElroy & Rodriguez, 2008).

Os pais podem oferecer informações sobre o desenvolvimento geral, os comportamentos e o temperamento da criança, bem como sobre o funcionamento dela no ambiente familiar, aspectos estes que são de fundamental importância para a compreensão da queixa do cliente (Carter, Godoy, Marakovitz, & Briggs-Gowan, 2009). Para que o clínico possa obter estas informações sobre o funcionamento da criança, o

uso de escalas de avaliação e a realização de entrevistas com os pais são as abordagens mais utilizadas (Verhulst, 1995).

Reconhecidamente os pais se encontram em uma posição privilegiada para fornecer informações sobre a criança, mas devemos lembrar que Kagan, Snidman, McManis, Woodward e Hardway (2002) elencam alguns fatores que devem ser levados em consideração quando analisamos o relato parental, a saber: (a) descrições verbais são influenciadas pelas noções que os pais têm como ideal para a sociedade na qual estão inseridos; (b) pais que não têm uma extensa experiência com outras crianças possuem uma menor base para apurar e julgar o comportamento dos filhos; (c) a compreensão de um conceito pode variar de um pai para outro.

Outro fator que pode enviesar o relato dos pais é a elegibilidade para o tratamento quando buscam atendimento em serviços públicos de saúde, pois eles podem reportar mais aspectos negativos no comportamento da criança como forma de garantir a vaga para receber atendimento (Mash & Hensley, 2010).

O clínico ciente destas possíveis limitações, reconhece que o relato dos pais é extremamente válido e pode contribuir com informações importantes a serem levadas em consideração no processo de avaliação, mas considera também que as condições ambientais influenciam o comportamento e, portanto, as reações infantis variam em função da situação ou do padrão de relacionamento com a(s) pessoa(s) com a qual a criança está se relacionando (McConaugh, 2005). Neste sentido, é importante que o clínico considere incluir outras fontes no processo de avaliação, tais como os professores, outros adultos que convivem com a criança, profissionais de saúde mental e a própria criança.

1.3. Inclusão de múltiplos informantes no processo de avaliação

Sabe-se que as dificuldades comportamentais que ocorrem em diversos contextos tornam-se mais severas e estáveis ao longo do tempo (Kerr, Lunkenheimere & Olson, 2007). Analisar os níveis de acordo e de discordância entre os informantes, como pais e professores, proporciona uma avaliação compreensiva que permitirá ao clínico ter uma dimensão da severidade do problema infantil e dos riscos futuros que este pode implicar (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Kraemer, Measelle, Ablow, Essex, Boyce, & Kupfer, 2003; McConaughy, 2005).

A partir do reconhecimento da contribuição clínica do relato de múltiplos informantes, iniciaram-se as pesquisas sobre este tema. Na década de 80, Achenbach, McConaughy e Howell (1987) identificaram que diferentes informantes (e.g., pais, professores, profissionais de saúde mental, observadores treinados) avaliam de forma discrepante as dificuldades sociais, emocionais ou comportamentais infantis. Nesta pesquisa os autores observaram que o índice de concordância entre os informantes geralmente eram baixos, e quando muito variavam de baixo a moderado. Os estudos que sucederam o trabalho desenvolvido por Achenbach, McConaughy e Howell (1987) têm identificado os mesmos índices de concordância, o que levou este dado a ser definido como "um dos mais consistentes achados em pesquisas em psicologia clínica infantil" (De Los Reyes & Kazdin, 2005, p. 483).

Um dos fatores que pode afetar os índices de correlação entre informantes é o tipo da queixa apresentada pelo cliente. Por exemplo, quando o cliente apresenta queixas internalizantes, o índice de concordância entre os avaliadores é geralmente

menor do que quando a queixa apresentada é do tipo externalizante (Salbach-Andrae, Lenz, & Lehmkuhl, 2009). Isto provavelmente ocorre em função das queixas externalizantes serem mais facilmente perceptíveis ao meio, do que as dificuldades internalizantes.

Além do fator "tipo de queixa", há de se considerar as influencias das condições ambientais sobre as diferenças na percepção dos informantes (McConaughy, 2005). Achenbach (2006) destaca que é justamente por isto que ao analisarmos a concordância entre dois adultos que lidam com a criança em um mesmo ambiente (e.g. relato de pai *versus* mãe ou relato de um professor *versus* outro professor) obtém-se um nível de correlação levemente superior (Índice de correlação médio: 0,60) ao encontrado quando se compara a percepção de diversos adultos que lidam com a criança em diferentes contextos (e. g. relato do pai/mãe *versus* relato do professor) (Índice de correlação médio: 0,28). Quando o pesquisador/clínico considera o impacto da variação do comportamento em função do ambiente para analisar e explicar as discrepâncias entre informantes, diz-se que o mesmo está se baseando numa perspectiva teórica chamada Especificidade Situacional[1].

Outra proposta teórica para explicar a discordâncias entre diversas fontes é chamada de Perspectiva das Múltiplas Características e Múltiplos Métodos[2]. Esta perspectiva atribui as discrepâncias ao viés do avaliador, pois cada informante forneceria uma imagem sistematicamente distorcida da pessoa que está sendo avaliada, em função das suas próprias características ou do método que está sendo aplicado. Seguindo esta perspectiva, algumas pesquisas têm se voltado para identificação de características dos informantes que possam explicar estas diferenças

[1] Nomenclatura original em inglês: *situational specificity*.
[2] Nomenclatura original em inglês: *multitrait-multimethod matrix.*

no relato, tais como histórico de transtornos psiquiátricos e características da família, como presença de fatores de risco (e.g. nível socioeconômico baixo). Em uma pesquisa com adolescentes refugiados, Montgomery (2008), identificou que pais com problemas somáticos tendiam a subestimar as dificuldades comportamentais e emocionais de seus filhos, relatando muito menos problemas do que os próprios adolescentes. Chi e Hinshaw (2002) identificaram que mães depressivas tendem a ter um movimento oposto, reportando maiores taxas de problemas de comportamento do que os próprios filhos.

Ambas as perspectivas teóricas possuam um amplo suporte empírico, mas a qualidade de cada uma isoladamente pode refletir a limitação da outra, pois enquanto uma tende a ignorar o viés do avaliador, a outra tende a ignorar o impacto que o ambiente tem no comportamento (Dumenci, Achenbach, & Windle, 2011). Assim, ao analisar as discrepâncias entre as avaliações, recomenda-se que o pesquisador/clínico não considere unicamente uma das perspectivas, mas sim tente integrá-las para ter uma melhor compreensão do paciente.

No Brasil, pesquisas sobre avaliação de problemas de comportamento a partir de múltiplos informantes encontram-se ainda muito incipientes e a maioria delas tem como foco apenas a Perspectiva da Especificidade Situacional. Em 2005, Massola e Silvares realizaram um estudo comparando a percepção de pais, professores que encaminharam crianças para atendimento em uma clínica-escola e a percepção de observadores treinados que avaliaram a criança em um momento de interação lúdica. Embora estes autores não tenham realizado análises para obter um índice de correlação entre os informantes, foi observado que os pais, os professores e os observadores diferenciam os grupos indicado e não indicado para atendimento

psicológico de modo semelhante (Massola & Silvares, 2005). Focando apenas na relação pais-professores, Bolsoni-Silva, Marturano, Pereira e Manfrinato (2006) publicaram um estudo comparativo das percepções de 48 mães e 22 professoras em termos das habilidades sociais e problemas de comportamento de crianças que residiam no interior do estado de São Paulo. As análises comparativas indicaram que, no caso do grupo de crianças sem problemas de comportamento, as mães indicavam mais problemas de comportamento do que as professoras e, já no caso de crianças com problemas de comportamento, foram as professoras que indicaram escores mais elevados na avaliação de problemas de comportamento (Bolsoni-Silva, Marturano, Pereira, & Manfrinato, 2006). Em 2010, Rigon Pedrini e Bitencourt Frizzo realizaram em Porto Alegre/RS um trabalho semelhante ao desenvolvido por Bolsoni-Silva, Marturano, Pereira e Manfrinato (2006). No estudo gaúcho, as pesquisadoras compararam a percepção de pais, em sua maioria mães, e professores de 88 crianças. Também sem realizar análises que permitiriam obter um índice de correlação, as autoras observaram que ambos os avaliadores concordaram significativamente em termos das dificuldades externalizantes, mas não das dificuldades internalizantes (Rigon Pedrini & Bitencourt Frizzo, 2010).

Ainda na temática de múltiplos informantes, mas tirando o foco da percepção dos professores, Borsa e Nunes (2008) publicaram um artigo comparando a percepção de 146 casais gaúchos sobre seus filhos. Este foi “o primeiro estudo brasileiro sobre a concordância de respostas de pais e mães quanto problemas de comportamento de um mesmo filho(a), a partir do CBCL (Borsa & Nunes, 2008, p. 325-326)”. Neste trabalho as autoras avançam no sentido de fornecerem um índice de correlação entre informantes. Foi identificado que os pais e as mães concordavam moderadamente

quanto às competências sociais e dificuldades externalizantes de seus filhos, mas tinham uma baixa concordância em termos das dificuldades internalizantes e do total de dificuldades apresentadas pelas crianças (Borsa & Nunes, 2008). Mais recentemente, Rocha, Ferrari e Silvares (2011) publicaram um estudo cujo foco era comparar a percepção do adolescente com a de seu pai/mãe. As autoras observaram que, de modo geral, o índice de correlação entre os informantes foi baixo, exceto para os problemas de externalização, em que foi obtido um índice moderado (Rocha, Ferrari, & Silvares, 2011).

É importante esclarecer que a divergência entre informantes não significa que uma das partes está correta e a outra não. Pelo contrário, as discrepâncias revelam maneiras diferentes de encarar este fenômeno e cada informação configura uma peça para preencher o quebra-cabeça que é o funcionamento da criança (McConaughy, 2005; Kerr, Lunkenheimer, & Olson, 2007).

A partir do breve relato dos estudos nacionais encontrados, percebe-se que esta linha de pesquisa está gradualmente avançando. Mesmo que as pesquisas estejam caminhando neste sentido, tanto na literatura internacional quando nacional, ainda há algumas lacunas, como a escassez de pesquisa na área de avaliação infantil que incluam outros avaliadores que não os pais, os professores e o próprio adolescente.

1.4. Inclusão do relato da criança no processo de avaliação

A infância tem as suas próprias maneiras de ver, pensar e sentir. Nada mais insensato que pretender substituí-las pelas nossas.
Jean-Jacques Rousseau

“Idealmente, devem ser entrevistados os pais, professores e os próprios jovens maiores de 11 anos” (Fleitlich & Goodman, 2000, p. 3). Esta frase consta em um artigo publicado há 13 anos e revela um pensamento que por muito tempo esteve cristalizado na psicologia: crianças menores de 11 anos não são consideradas boas informantes devido à baixa confiabilidade das respostas (Fleitlich & Goodman, 2000). De fato, as crianças não dispõem das habilidades que geralmente os pacientes adultos possuem para conceituar e contextualizar as suas próprias experiências e relatá-las de modo claro a um interlocutor. Ocorre que o aparato verbal da criança ainda não está desenvolvido a ponto de ela conseguir nomear e descrever seus sentimentos e pensamentos, tanto que comumente ao entrevistá-las obtemos a resposta “Eu não sei” (Smith & Handler, 2007). Porém, a ausência de clareza nas respostas não indica desconhecimento sobre seus sentimentos ou pensamentos, e sim uma incapacidade em compreendê-los e expressá-los.

Por muito tempo vigorou a perspectiva de que o relato da criança não é confiável, no entanto, cada vez mais este ponto de vista tem sido desmistificado. Nos últimos anos houve um crescimento de entrevistas e inventários que consideram o relato verbal da criança. Segundo Mash e Hensley (2010), alguns fatores justificam cada vez mais a participação da criança no processo de avaliação, a saber:

> (1) Crescente reconhecimento de que a criança encontra-se na única posição de observadores de si mesmos e de seu ambiente social; (2) o acúmulo de dados que dão suporte a ideia de que as cognição e emoções infantis influenciam seu comportamento e, às vezes, mediam o resultado da intervenção; (3) a crescente ênfase nos pensamentos e sentimentos da criança como alvos para o tratamento, e o concomitante aumento no uso de terapias baseadas em procedimentos cognitivos; (4) crescente preocupação em relação aos transtornos internalizantes infantis, como a depressão e a ansiedade, que requerem autoavaliação da criança sobre os seus

> sentimentos; (5) o desenvolvimento e a grande disponibilidade de uma série de entrevistas estruturadas e semiestruturadas e questionários que são bem padronizados do ponto de vista psicométrico (p. 32) [Tradução livre da pesquisadora].

Hoje, é quase consensual considerar-se que questionários respondidos por pais e professores mostraram o caminho para a obtenção de dados sobre a prevalência de psicopatologia na população infanto-juvenil, entretanto as crianças podem fornecer informações adicionais sobre o seu estilo de interação e ter grandes contribuições a fazer no processo de avaliação de problemas de comportamento (Silvares & Gongora, 1998). Além da criança, há outros agentes sociais que podem contribuir imensamente neste processo, tais como psicólogos clínicos e psiquiatras, profissionais habilitados a realizar uma avaliação mais abrangente e precisa das dificuldades infantis. A questão que se impõe, então, é: Como integrar a percepção do clínico às demais avaliações?

Hoje em dia há uma multiplicidade de técnicas utilizadas no diagnóstico de problemas de comportamento, tais como questionários, testes e observações. A entrevista clínica é outra técnica extremamente utilizada pelos profissionais de saúde mental, sendo seu uso consensual entre diferentes abordagens psicológicas. Em pesquisa realizada com membros da Associação Americana de Psiquiatria, Watkins, Campbell, Nieberding e Hallmark (1995) identificaram que a entrevista clínica foi o procedimento de avaliação de população infanto-juvenil e adulta mais frequentemente empregada.

Apesar da grande utilização deste procedimento isoladamente na prática clínica, poucas pesquisas têm investigado o desenvolvimento e a validade da entrevista clínica como fonte de informação para avaliação de problemas infantis a partir de múltiplos informantes.

1.5. A utilização de entrevista clínica com a criança na avaliação de problemas de comportamento infantis

A entrevista clínica consiste em uma "interação face-a-face de influência bidirecional, cujo propósito é acessar aspectos do funcionamento da criança que têm relevância para o planejamento, implementação ou avaliação de tratamento" (Hughes & Baker, 1990, p. 4, citado por McConaughy, 2005). Durante a entrevista, entrevistador e entrevistado podem interagir e por meio de trocas verbais e não verbais compreender os significados e os valores que o cliente atribui as suas vivências (Fraser & Gondim, 2004). Mais especificamente, a partir deste momento específico de interação com a criança, o clínico poderá: (a) obter informações sobre a percepção que ela tem de suas próprias dificuldades, competências e de sua vida em geral; (b) observar diretamente o seu comportamento, bem como perceber seus sentimentos e estilos de interação; (c) avaliar como a criança percebe os estímulos antecedentes e consequentes de um comportamento problema específico; (d) investigar sinais de comportamentos de risco no geral – como o risco de suicídio, risco para violência e risco para problemas emocionais, comportamentais e de aprendizagem; (e) hierarquizar as dificuldades emocionais e comportamentais (McConaughy, 2005).

Segundo Achenbach (2006) as "entrevistas são ferramentas necessárias para se construir uma aliança terapêutica e para tomada de decisões clínicas" (p. 94). Desta forma observamos que mais do que colaborar com informações importantes para o planejamento da intervenção, a inclusão da criança no seu processo de avaliação pode estar relacionada com o resultado do tratamento empregado.

As pesquisas acerca da aliança terapêutica, tanto em adultos como em crianças, tem sugerido que a aliança é preditora dos resultados do processo terapêutico (Gonçalves, 2008). Durante a entrevista clínica, ao interagir com a criança por meio de conversas ou atividades lúdicas a fim de abordar as suas dificuldades, o clínico tem a oportunidade de propiciar o início de uma aliança terapêutica, que, por sua vez, pode resultar em uma maior adesão ao tratamento.

Yeh e Weisz (2001) realizaram a avaliação de 381 pares de pais-crianças, com o objetivo de identificar os níveis de concordância em relação a queixa que deveria ser alvo de tratamento. Neste estudo os autores identificaram que 63% dos pares pais-filhos não concordam em relação ao problema alvo de tratamento, e, quando as dificuldades foram agrupadas em categorias, verificou-se que mais de um terço dos pares ainda não havia chegado a um acordo (Yeh & Weisz, 2001). As análises destes dados levaram os pesquisadores a concluir que a inclusão de consulta às crianças nos dá um melhor direcionamento sobre quais serão os objetivos da intervenção, ao invés de questionar unicamente os pais. Além disto, estes autores destacam que é interessante integrar as dificuldades apontadas como alvo de tratamento, de modo a garantir que haja adesão de ambas as partes: pais e filhos (Yeh & Weisz, 2001).

Ainda que se reconheça as grandes vantagens da realização de entrevistas, como observação direta do comportamento e a possibilidade de explorar as respostas da criança, os custos e o tempo consumido limitam a realização de pesquisas focadas na padronização de entrevistas, o que, por conseguinte, impede a obtenção de dados normativos para este instrumento (Verhulst, 1995; Mash & Hensley, 2010).

O descontentamento com a ausência de dados normativos para um instrumento tão tradicional na área de avaliação de transtornos infantis motivou

alguns pesquisadores a desenvolverem entrevistas padronizadas. A maioria das entrevistas desenvolvidas, estruturadas ou semiestruturadas, foram voltadas para realização de diagnósticos segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, atualmente em sua quarta versão (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2002). Entre as desvantagens destes instrumentos baseados em diagnóstico podemos destacar a necessidade de treinamento para condução da entrevista, bem como a impossibilidade de avaliar os níveis de intensidade e as frequências da queixa, pois o entrevistador reporta "sim" ou "não" ao item de problema de comportamento. Ademais, as normas para estas entrevistas são obtidas com base na versão vigente do DSM na época em que as mesmas foram desenvolvidas. Sabidamente, este manual de classificação de tempos em tempos é atualizado e quando há mudança na versão do DSM, há a necessidade de que a entrevista seja readaptada a esta versão, e não se sabe que impacto isto pode ter sobre a confiabilidade e validade do instrumento (Verhulst, 1995).

Contrapondo estes modelos de entrevista, McConaughy e Achenbach começaram a pesquisar, em 1983, sobre uma abordagem de entrevista clínica empiricamente baseada que fosse intermediária entre estruturada e minimamente estruturada. O fruto destas pesquisas foi a "Entrevista Clínica Semiestruturada para Crianças e Adolescentes" (SCICA; McConaughy & Achenbach, 2001). Este protocolo de entrevista semiestruturada é composto por questões abertas e tarefas, que visam avaliar a criança em nove amplas áreas (e.g. amigos, escola, família, fantasias). Para a condução da entrevista não é necessário haver um treinamento prévio, pois a técnica de entrevista empregada é muito próxima à utilizada na prática clínica. Além disto, embora haja uma ordem e tipos de perguntas pré-estabelecidos, o clínico tem

liberdade para alterar a ordem, bem como adicionar questões extras a fim de esclarecer o conteúdo que está sendo discutido (Ferdinand et al., 2003).

A maior vantagem da SCICA é possibilitar a condução de uma entrevista de forma ampla, aliada a uma abordagem de pontuação altamente estruturada, o que permite a normatização e integralização dos dados de avaliações aos de outros informantes, obtidos a partir dos demais instrumentos ASEBA.

Atualmente está bem disseminada a visão de que as entrevistas clínicas são importantes componentes para avaliação a partir de múltiplos informantes e de que a criança pode e deve participar do seu processo de avaliação, apesar disto, ainda são poucos os países nos quais a SCICA tem sido objeto de investigação. Em uma busca no *Pubmed*[3] foram encontrados apenas quatro estudos utilizando este instrumento, destes, um era exclusivamente com crianças, um exclusivamente com adolescentes e dois compreendiam tanto crianças quanto adolescentes em suas amostras. Observou-se que, além dos Estados Unidos, país onde a SCICA foi desenvolvida, os únicos países com publicações em língua inglesa utilizando este instrumento foram a Holanda (Ferdinand, et al., 2003; Van Gent, Goedhart, Hindley, & Treffers, 2007; Knook et al., 2011) e Egito (Khater, Amr, & El-Deek, 2005; Amr et al., 2009), países que possuem tradução e validação para este instrumento.

O estudo de Ferdinand e colaboradores (2003), ao comparar a percepção de três informantes, foi o primeiro estudo em que houve a inclusão do clínico como fonte de informação utilizando a SCICA. Nesta pesquisa os autores avaliaram um grupo de 96 crianças encaminhadas para atendimento clínico a partir de três instrumentos do sistema ASEBA (CBCL, *Teacher Report Form* - TRF e SCICA). Um dos objetivos do estudo

[3] Base de dados para acesso a publicações da áreas de saúde, mantida pelo *National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine.*

era investigar as possíveis relações entre o relato de professores, pais e clínico e resultados insatisfatórios (tais como problemas escolares, uso de serviços de saúde mental, problemas judiciais e/ou com a polícia) após três anos da primeira avaliação. As análises multivariadas realizadas indicaram que a Escala de Agressividade da SCICA previu o desejo dos pais por ajuda profissional após três anos. As escalas dos outros instrumentos, CBCL e TRF, também se mostraram preditoras de resultados insatisfatórios neste segundo momento de avaliação (após três anos). A avaliação dos professores nas Escala de Agressividade (TRF) se mostrou como um preditor de problemas escolares e os escores nas escalas de Agressividade do CBCL (relato do cuidador), Problemas Sociais do TRF (relato do professore) e Ansiedade/ Depressão da SCICA (relato do clínico) foram preditores de problemas judiciais e/ou com a polícia no follow-up. Os mencionados autores atingiram seu objetivo ao determinar o valor preditivo do relato dos pais, professores e clínico, e concluíram que nenhum relato de informante único, nem mesmo o clínico habilitado, é superior ao de outros, como pais ou professores, no que tange a avaliação de problemas de comportamento infantis (Ferdinand et al., 2003).

Após quatros anos desta primeira publicação com a SCICA, van Gent, Goedhart, Hindley e Treffers (2007) utilizaram este protocolo de entrevista para avaliar a prevalência de psicopatologias em um grupo de 70 adolescentes surdos. Assim como na pesquisa anterior, os instrumentos CBCL e TRF também foram utilizados na avaliação, no entanto neste estudo os autores incluíram uma medida adicional – avaliação psiquiátrica. A avaliação dos especialistas (avaliação psiquiátrica) identificou que 49% dos participantes eram “casos clínicos”, ou seja, casos que necessitariam de atenção dos profissionais de saúde mental. A hipótese inicial dos autores era de que as

avaliações dos psiquiatras iriam identificar mais psicopatologias na amostra do que os inventários individuais – instrumentos ASEBA. De fato esta hipótese foi confirmada para o CBCL e TRF, pois segundo a escala Total de Problemas de Comportamento, as taxas de prevalência de problemas clínicos foram inferiores as identificadas na avaliação dos psiquiatras. Todavia, para a SCICA a hipótese inicial foi refutada, dado que as taxas de problemas de totais foram iguais ou superiores à classificação dos especialistas – 49% da amostra obtiverem escores clínicos na escala de problemas observados e 64% na escala de problemas autorrelatados (van Gent et al., 2007). Para os autores, a disposição dos adolescentes para discutir os seus problemas de forma mais aberta em uma situação onde a comunicação estava ajustada às suas necessidades seria umas das possíveis explicações para esta maior taxa de problemas em nível clínico obtido pela SCICA.

Os dois últimos trabalhos publicados utilizando a SCICA datam de 2009 e 2011. Nestas pesquisas o público alvo foram crianças e adolescentes com doença renal crônica e dor crônica. Comparando a SCICA e o CBCL, Amr e colaboradores (2009) observaram correlações positivas e significativas entre: (a) a escala de autorrelato da SCICA e as escalas de internalização, externalização e total de problemas de comportamento do CBCL; e (b) a escala de externalização da SCICA e a escala de externalização do CBCL.

Knook e colaboradores (2011) avaliaram seus participantes por meio de entrevista diagnóstica com os pais (*Diagnostic Interview Schedule for Children - Parent version* – DISC-P) e entrevista com a própria criança/ adolescente (SCICA). Estes autores observaram que, segundo o relato dos pais, 40% das crianças tinham um transtorno psiquiátrico, sendo que 21% tinham um transtorno psiquiátrico que era

clinicamente relevante. No entanto, as taxas foram maiores quando se considerou o relato do próprio paciente. Na entrevista com as crianças/ adolescentes as taxas de transtorno psiquiátrico, segundo as Escalas Orientadas pelo DSM, foram de 53%, sendo 29% clinicamente relevante. Ademais, a entrevista com a criança permitiu a obtenção de dados sobre as dificuldades específicas do cliente, que não apareceram no discurso dos demais. Enquanto os pais relatavam mais sintomas de ansiedade, as crianças relataram mais transtornos depressivos e perturbadores (Knook et al., 2011).

Em síntese, a partir do levantamento feito, pode-se afirmar que todos os estudos apresentam em suas conclusões a seguinte ideia: a inclusão da observação de comportamento pelo clínico e o relato da criança como ferramentas da avaliação infantil contribuem fundamentalmente para a identificação de transtornos psiquiátricos específicos (Knook et al., 2011). Além disto, todas as pesquisas apontam a necessidade de estudos futuros que busquem desenvolver ferramentas eficazes para a avaliação clínica e compreender cada vez mais a diferença entre informantes.

2. Justificativa e objetivos

O processo de avaliação comportamental visa entender e alterar o comportamento humano. Uma avaliação abrangente dos comportamentos deve garantir que as habilidades e dificuldades comportamentais sejam identificadas. Entretanto para a avaliação de psicopatologias infantis ainda não existe um padrão ouro, ou seja, não há um "procedimento de medida cuja exatidão (validade) e precisão (confiabilidade) sejam suficientemente altas para a utilização deste instrumento de medida em decisões clínicas ou aplicações em pesquisas seja indiscutível" (Kraemer, Measelle, Ablow, Essex, Boyce, & Kupfer, 2003). Em função disto, é necessário utilizar múltiplos métodos para avaliar uma ampla gama de variáveis individuais e situacionais que têm sido identificadas como importantes para o desenvolvimento, manutenção e tratamento de transtornos na infância.

Pensando nas ferramentas úteis para a avaliação, podemos destacar as entrevistas clínicas com a criança. É bom enfatizar uma vez mais, esta ferramenta mostra-se de grande valia para garantir a obtenção de dados relevantes e a inclusão da criança no processo de avaliação psicológica. No contexto clínico brasileiro o uso desta medida de avaliação é amplo, no entanto, a ausência de padronização deste instrumento de avaliação e, consequentemente, a ausência de normas e parâmetros não permite ampliar a aplicabilidade deste instrumento a pesquisas e nem integrar sistematicamente as informações obtidas.

Somado a importância de múltiplos métodos, também se destaca a importância da inclusão de múltiplos informantes. Os comportamentos variam em função da situação e da pessoa com a qual a criança está se relacionando e os dados

provenientes de um único informante podem não representar de forma fidedigna este paciente. Assim, pais, professores, criança, e entrevista com a família são componentes essenciais da avaliação de transtornos comportamentais na infância.

Considerando que diversos informantes diferem ao avaliar um mesmo constructo e que as discrepâncias entre avaliações têm um impacto significante sobre a avaliação, classificação e tratamento de psicopatologia infantil (De Los Reyes & Kazdin, 2005) e sobre as taxas de prevalência destas (Kraemer, Measelle, Ablow, Essex, Boyce, & Kupfer, 2003), estudos focados na identificação e explicação das discrepâncias entre informantes mostram-se de suma importância.

O presente estudo tem como objetivo principal analisar os níveis de concordância e discordância entre as avaliações realizadas por pais ou cuidadores principais e pelo psicólogo clínico em relação a dificuldades internalizantes e externalizantes de crianças com idade entre sete e 11 anos.

Pretende-se também: (a) Avaliar problemas de comportamento de crianças a partir da perspectiva dos cuidador principal desta; (b) Avaliar problemas de comportamento de crianças a partir da perspectiva de um psicólogo clínico; (c) Compreender a relação entre a presença de fatores de risco (avaliados pelo Índice de Adversidade Familiar) e os escores de problemas de comportamento infantis, segundo o inventário de comportamentos respondido pelo cuidador e a entrevista clínica com a criança; (d) Identificar quais características dos pais ou do cuidador principal podem ser preditoras das diferenças entre as avaliações; e (e) Contribuir com dados preliminares da validade da Entrevista Clínica Semiestruturada para Crianças e Adolescentes - Formulário de Observação e de Autorrelato (SCICA) para avaliação da população da cidade de São Paulo.

3. Método

3.1. Amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 25 crianças de ambos dos sexos, encaminhadas para a Clínica-Escola (Clínica Psicológica "Durval Marcondes") do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo em função de dificuldades comportamentais, emocionais ou de aprendizagem. Também participaram do estudo os pais/cuidadores destas, tendo sido escolhido o cuidador principal – adulto responsável pela criança e com quem esta passa mais tempo (entre quatro e seis horas diárias).

Cabe destacar que a determinação do número amostral do presente estudo se deu de forma arbitrária. Foi discutida com o Dr. Thomas Achenbach e a Dra. Leslie Rescorla a proposta deste trabalho e a limitação de tempo para realização do mesmo (período de dois anos). A partir da análise dos objetivos do estudo e da quantidade de instrumentos aplicados, estes pesquisadores confirmaram que uma amostra de 25 participantes seria suficiente.

A seguir apresentamos os critérios de inclusão e exclusão dos participantes:

- ***Critérios de inclusão da criança***: (a) idade entre sete e 11 anos; (b) pai/cuidador aceitar a participação na pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I); (c) criança aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Assentimento (Anexo II).

- ***Critérios de exclusão da criança:*** (a) percentil inferior a 50 no Raven Infantil; (b) apresentar deficiência física ou epilepsia, uma vez que a medicação para esta doença pode lentificar o raciocínio e expressão verbal.

3.2. Instrumentos

3.2.1. Para avaliação da criança

Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos – CBCL/6-18 (Achenbach & Rescorla, 2001)[4]

O "Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos", versão brasileira do *Child Behavior Checklist* (CBCL/6-18), foi elaborado para que pais ou cuidadores avaliem crianças ou adolescentes, com idade entre seis e 18 anos, fornecendo uma apreciação global sobre os comportamentos deles. Este instrumento é composto por 138 itens, dos quais 20 são destinados à avaliação das competências da criança, divididos em três escalas (Competência em Atividades, Competência Social e Competência Escolar) e 118 se referem à avaliação dos problemas de comportamento, divididos em oito escalas síndromes (Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Sociabilidade, Problemas com o Pensamento, Problemas de Atenção, Violação de Regras e Comportamento Agressivo). A soma das escalas de competências fornece um escore na Escala Total de Competências (TC). A soma das três primeiras escalas de problemas de comportamento gera a Escala de Internalização (EI) e a soma das duas últimas a Escala

[4] Uma amostra do questionário pode ser visualizada no endereço eletrônico: http://www.aseba.org/ordering/trans_brazport.html.

de Externalização (EE). A soma de todos os itens de problemas de comportamento gera a Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais (TP). Tanto as escalas síndromes, quanto estas globais foram desenvolvidas a partir do sistema *bottom-up*[5].

O instrumento também tem as escalas orientadas pelo DSM, que foram incluídas em 2001. Diferentemente das escalas supracitadas, estas escalas não tiveram como método de avaliação o sistema *bottom-up*. Para o desenvolvimento destas escalas o procedimento utilizado foi solicitar a um grupo experiente de psiquiatras que avaliassem quais dos 118 itens de problemas de comportamento eles consideravam como muito consistentes com os critérios de algumas categorias diagnósticas descritas no DSM-IV (Achenbach & Rescorla, 2001). A partir de análises de concordâncias entre os profissionais, os itens muito consistentes foram agrupados nas seguintes escalas, para a faixa etária escolar: Problemas Afetivos, Problemas de Ansiedade, Problemas Somáticos, Problemas de Déficit de Atenção e hiperatividade, Problemas de Oposição e Desafio e Problemas de Conduta (Achenbach & Rescorla, 2001).

Além das escalas de competências, escalas síndromes e orientadas pelo DSM, a partir de 2007 outras três escalas passaram a ser analisadas: Problemas Obsessivo Compulsivo, Problemas de Estresse Pós-Traumático e Ritmo Cognitivo Lento.

Em estudo para obter normas brasileiras para o CBCL/6-18, Rocha e colaboradores (2012) observaram que as normas mais adequadas para a nossa população seriam as referentes ao Grupo 3 das normas multiculturais estabelecidas por Achenbach e Rescorla (2007). Embora Achenbach e Rescorla (2007) tenham observado que os escores obtidos por crianças e adolescentes de diferentes

[5] Ver capítulo 1.1. desta dissertação – Avaliação de problemas de comportamento: Avaliação Baseada em Diagnóstico e Avaliação Empiricamente Baseada – para obter uma descrição detalhada deste tipo de método de avaliação.

sociedades eram bastantes semelhantes, os autores identificaram que em algumas sociedades os valores médios para as escalas foram superiores ou inferiores à média estabelecida para as outras sociedades. A partir disto, foram constituidos três grupos de normas para as escolas síndromes, orientadas pelo DSM e escalas de 2007: Grupo 1 (aquelas que ficaram mais que um desvio padrão abaixo da média geral), Grupo 2 (aquelas que ficaram dentro da faixa de um desvio padrão abaixo ou acima da média geral) e Grupo 3 (aquelas que o escore médio do total de problemas de comportamento ficou pelo menos um desvio padrão acima da média geral).

A versão brasileira do CBCL/6-18 foi revisada por Bordin, Silvares, Rocha, Teixeira e Paula, em 2010 (Bordin et. al., no prelo). Este instrumento forneceu um perfil que será utilizado para comparação com o perfil fornecido pela entrevista clínica, permitindo assim a avaliação entre múltiplos informantes.

Entrevista Clínica Semiestruturada para Crianças e Adolescentes – SCICA (McConauhy & Achenbach, 2001)[6]

A "Entrevista Clínica Semiestruturada para Crianças e Adolescentes", versão brasileira da *Semi-structured Clinical Interview for Children and Adolescents* (SCICA), consiste em uma entrevista clínica semiestruturada, aplicada por profissionais da área da saúde, como psicólogos e psiquiatras, destinada a avaliar crianças e adolescente com idade entre seis e 18 anos. É empregada como um protocolo semiestruturado de questões e tarefas que representam uma amostra do funcionamento em nove amplas áreas: (1) Atividades, escola, emprego (idades de 12-18); (2) Amigos; (3) Relações familiares; (4) Fantasias; (5) Auto-percepção, sentimentos; (6) Problemas relatados

[6] A versão brasileira do SCICA pode ser solicitada através do e-mail: asebabrasil@gmail.com

pelos Pais/Professor; (7) Testes de Desempenho - Teste de Matemática e Teste de Reconhecimento de Leitura (opcionais); (8) Para as idades entre seis e 11 anos: Anormalidades na motricidade fina e grossa (opcional); e (9) Para as idades entre 12 e 18 anos: Queixas somáticas, álcool, drogas, problemas com a lei. O tempo estimado de duração da entrevista é de 90 minutos.

Após a sessão, o entrevistador avalia quantitativamente, segundo uma escala de quatro pontos, os comportamentos da criança em dois formulários: Formulário de Observação (FO) e Formulário de Autorrelato (FA). O Formulário de Observação é composto por 120 itens a serem avaliados para as idades entre seis e 18 anos. Este formulário contém itens que descrevem problemas comportamentais e emocionais que podem ser observados durante a entrevista, tais como **"**Não consegue parar sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperativo(a)", "Falta de confiança ou faz observações autodepreciativas", e "Fala demais". Além destes 120 itens, há o item 121 que permite o registro de até três problemas adicionais observados durante a entrevista. O Formulário de Autorrelato contém 114 itens que itens que descrevem os problemas relatados pela criança/adolescente, mais o item 247 para o registro de até três problemas adicionais relatados pela criança durante a entrevista. Alguns exemplos dos itens de autorrelato são "Relata ser alvo de provocações", "Relata ser desobediente em casa", e "Relata não conseguir concentrar-se ou prestar atenção por muito tempo". Para as idades de 12 a 18 anos, há 11 itens adicionais de autorresposta (item 236 a item 246) sobre outras queixas somáticas, uso de drogas, e problema com a Lei. Ademais, é interessante destacar que em cada um dos formulários há 50 extraídos e adaptados do CBCL.

Para pontuar quantitativamente o cliente nestes formulários, o entrevistador deve seguir as seguintes diretrizes:

0. Assinalar zero quando o comportamento descrito no item não ocorreu durante a entrevista.
1. Assinalar um quando um comportamento tem uma ocorrência sutil ou ambígua o entrevistador.
2. Assinalar dois se o comportamento teve uma ocorrência definida, com intensidade de leve a moderada e duração inferior a 3 minutos.
3. Assinalar três se o comportamento teve uma ocorrência definida, com intensidade severa e duração igual ou superior a 3 minutos.

As avaliações realizadas no Formulário de Observação (FO) são agrupadas em cinco escalas: (1) Ansiedade, (2) Retraimento/Depressão, (3) Problemas Motores/de Linguagem, (4) Problemas de Atenção e (5) Problemas de Autocontrole. A pontuação obtida no Formulário de Autorrelato (FA) é agrupada em três escalas: (1) Ansiedade/Depressão, (2) Agressividade/Violação de regras e (3) Queixas Somáticas (para adolescentes com idade entre 12-18 anos). A soma das escalas Ansiedade^{FO} e Ansiedade/Depressão^{FA} compõem a Escala de Internalização (EI) e a soma das escalas Agressividade/Violação de regras^{FA}, Problemas de Atenção^{FO} e Problemas de Auto-Controle^{FO} compõem a Escala de Externalização (EE). Além destes agrupamentos de escalas, a soma de todos os itens de problemas de comportamento observados e autorrelatos fornecem um Total de Problemas Observados (TPObs) e um Total de Problemas Autorrelatados (TPAuto).

A Figura 1 a seguir ilustra a distribuição das escalas da SCICA.

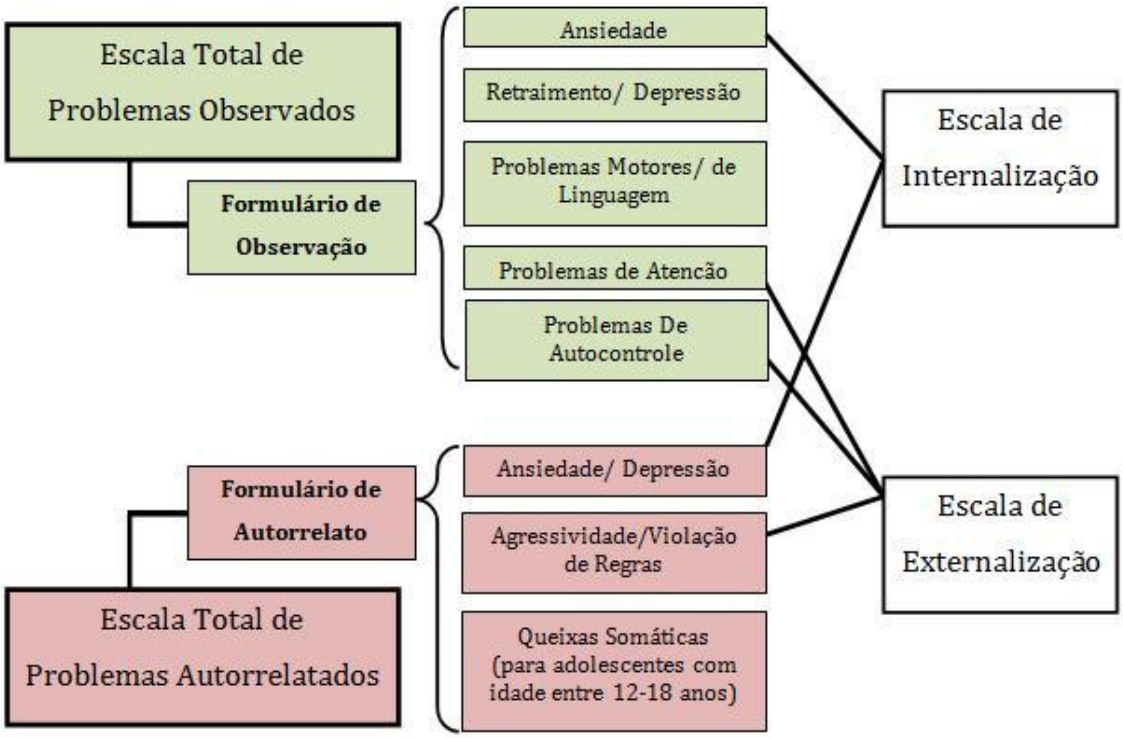


Figura 1. Escalas da SCICA

Este protocolo de entrevista foi validado em populações clínicas norte-americanas e holandesas (McConaughy & Achenbach, 2001). A versão brasileira foi traduzida, submetida à retradução (*back translation*) e revisada por Emerich, Rocha e Silvares, em 2010. Este instrumento forneceu um perfil que foi utilizado para comparação com o perfil fornecido pelo CBCL/6-18, preenchido pelos pais/cuidadores, permitindo assim a avaliação a partir de múltiplos informantes.

Raven Infantil - Matrizes Progressivas Coloridas

O Raven Infantil – Matrizes Progressivas Coloridas avalia a inteligência geral de crianças de cinco anos a 11 anos e meio, a partir de 36 itens divididos em três séries. Os itens do teste são apresentados sob a forma de um desenho ou matriz, disposta em ordem de dificuldade crescente. A tarefa da criança consiste em escolher, entre as

alternativas apresentadas na metade inferior da página, a que melhor completa a parte que falta no desenho. Os totais parciais de cada série permitem determinar a consistência da pontuação, que indica a validade do resultado. O total de acertos é convertido em percentil (Angelini, Alves, Custódio, Duarte, & Duarte, 1999; Pasquali, Wechsler, & Bensusan, 2002). No presente trabalho utilizou-se a versão papel e lápis para a aplicação do teste.

3.2.2. Para avaliação do cuidador principal

Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos – ASR (Achenbach & Rescorla, 2003)[7]

O "Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos", versão brasileira do *Adult Self-Report* (ASR), consiste em um inventário de autoavaliação destinado a adultos com idade 18 e 59 anos. Este instrumento é composto por 126 itens sobre problemas de comportamento e abuso de substância, além de itens destinados a avaliar o funcionamento adaptativo no relacionamento com amigos e família, situação educacional e de trabalho e o relacionamento com esposo(a) ou companheiro(a), se for relevante. Os itens de funcionamento adaptativo agrupam-se nas escalas Amigos, Parceiro/Cônjuge, Família, Trabalhos e Educação. Já os itens de problemas de comportamento agrupam-se formando as seguintes escalas-síndromes: Ansiedade/Depressão, Retraimento, Queixas somáticas, Problemas com o Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Agressivo, Comportamento de Violar Regras e Comportamento Intrusivo. A versão brasileira do ASR foi traduzida, submetida à retradução (*back translation*) e revisada por Rocha e Silvares, em 2010.

[7] A versão brasileira do ASR pode ser solicitada através do e-mail: asebabrasil@gmail.com

Este instrumento forneceu um perfil das dificuldades comportamentais dos pais, que foi comparado com os as avaliações que estes realizaram em relação aos comportamentos de seus filhos, a fim de identificar possíveis relações significativas.

Formulário para avaliação de dados demográficos e socioeconômicos (Índice de Adversidade Familiar e Critério Brasil)

Para a avaliação do Índice de Adversidade Familiar, serão analisados cinco itens considerados adversos para o desenvolvimento infantil: (1) número excessivo de pessoas na mesma casa; (2) presença de discórdia conjugal; (3) número excessivo de filhos; (4) baixa renda mensal e (5) existência de psicopatologia na família (Rutter, 1981). Assim como no estudo de Silva, Farias, Silvares & Arantes (2008), serão considerados como psicopatologia os casos de alcoolismo, adição às drogas, esquizofrenia e demais patologias mentais. Quanto maior o número de variáveis presentes, maior será o grau de adversidade familiar. O cálculo deste índice ocorrerá da seguinte maneira: serão atribuídos 0,2 pontos para cada item de adversidade, totalizando um escore máximo de um ponto e um mínimo de nenhum ponto. Para variáveis como número excessivo de filhos, número excessivo de pessoas na família e baixa renda mensal, será o utilizado como critério de definição o valor relatado ser maior que um desvio-padrão da média fornecida pela Fundação SEADE (2006) para a cidade em que a família reside (São Paulo).

A avaliação do nível socioeconômico será realizada segundo o Critério Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2009). Este instrumento mede o poder aquisitivo das famílias baseando-se na posse de bens de consumo duráveis, presença de empregadas mensalistas e instrução do chefe da família. A partir as

informações fornecidas pelos pais/cuidadores, são pontuados escores e estes são estratificados nas seguintes classes: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.

Este formulário (Apêndice I) foi utilizado para obter os dados demográficos e socioeconômicos, a fim de permitir a identificação de quais destas características poderiam estar relacionadas aos problemas indicados pelos pais/cuidadores com relação a seus filhos.

3.3. Aspectos Éticos

A pesquisa somente foi realizada após submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).

Aos responsáveis pelas crianças que participaram da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a criança, foi entregue um Termo de Assentimento, em uma linguagem mais simplificada e de fácil acesso às crianças.

Todos os cuidados éticos supracitados resultaram no Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que pode ser visto no anexo III.

3.4. Procedimento

Os pais ou responsáveis de crianças encaminhadas para a Clínica-Escola do IP-USP, após inscreverem-se para atendimento nestes serviços e antes de terem iniciado o trabalho terapêutico, foram contatados por telefone. Durante esta ligação, foi

explicado o objetivo da pesquisa e, caso o responsável tivesse interesse em participar, seria agendado um encontro para a realização da entrevista clínica semiestruturada SCICA com a criança e entrega de dois questionários, um para que o para que o cuidador principal avalie as competências e problemas de comportamento da criança (CBCL/6-18) e outro para que ele avalie suas próprias competências e problemas de comportamento (ASR).

As entrevistas clínicas, realizadas pela pesquisadora, ocorreram nas dependências do Laboratório de Terapia Comportamental do IP-USP. As entrevistas clínicas com as crianças foram realizadas em apenas um encontro, com duração estimada de 90 minutos. Antes do início da entrevista, foi explicada aos pais qual a importância da realização da entrevista clínica e coletados os dados demográficos e socioeconômicos. Além disto, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, destinado ao cuidador principal e o Termo de Assentimento, destinado à criança.

Enquanto a pesquisadora realizava a entrevista clínica, o cuidador principal foi convidado a responder ao CBCL/6-18 para avaliar as competências e problemas de comportamento da criança, e responder ao ASR para avaliar as suas próprias competências e problemas de comportamento. Para a maioria dos participantes, tais inventários foram aplicados por um terceiro, no entanto, em alguns casos, os instrumentos foram autoaplicados. Após o término da sessão de entrevista, eventuais dúvidas sobre o preenchimento do ASR poderiam ser esclarecidas.

Com a criança, a pesquisadora realizou a entrevista clínica utilizando o protocolo SCICA. Durante a entrevista foram discutidos tópicos relacionados aos comportamentos infantis. O protocolo da SCICA prevê entre 15 a 20 minutos para a aplicação de Testes

de Desempenho, como a realização destes não eram necessários para se atingir os objetivos propostos, durante este período foi aplicado o Raven Infantil - Matrizes Progressivas Coloridas.

As entrevistas clínicas com as crianças foram filmadas, de modo que o clínico pudesse assisti-las e ter uma melhor apreciação dos comportamentos verbais e não verbais emitidos pelas crianças durante o momento de interação.

Por fim, cabe destacar que, após a realização da entrevista SCICA e correção de todos os instrumentos, a pesquisadora elaborou um relatório a respeito das avaliações realizadas. Este seria arquivado no prontuário do paciente junto à Clínica-escola, de modo a permitir que o psicólogo que atenderia esta criança na fase terapêutica pudesse ter um panorama das dificuldades e competências desta, avaliadas previamente, para, assim, fazer sua própria avaliação do caso e elaborar o plano de intervenção. Além disto, a pesquisadora forneceu uma devolutiva aos pais.

3.5. Forma de análise dos resultados

Foram realizadas análises dos níveis de concordância entre as avaliações dos comportamentos infantis realizadas por pais/cuidador principal (CBCL) e pelo psicólogo clínico (SCICA), através dos gráficos de Bland-Altman e Regressão Ortogonal, além do Coeficiente De Correlação Intraclasse (*Intraclass Correlation Coefficient* - ICC[8]) entre as escalas do CBCL e da SCICA e pelo coeficiente de Kappa quando considerado o critério binário (clínico e não clínico) nas duas escalas.

[8] A sigla em português para as análises de Coeficiente De Correlação Intraclasse é CCI. No entanto, neste trabalho nos referiremos a esta análise por meio da sigla na língua original, em inglês, por esta expressão ser internacionalmente conhecida.

Por fim, para a avaliação de quais características poderiam ser preditoras dos problemas indicados pelos pais/cuidadores com relação a seus filhos, realizaram-se regressões múltiplas da diferença do T escore (entre as escalas CBCL e SCICA) e os dados das autoavaliações realizadas pelos pais, mediante resposta ao ASR. Correlações de Spearman foram utilizadas para estabelecer associação entre as escalas dos três índices (CBCL, SCICA e ASR) e o IAF (destacando os fatores “discórdia conjugal” e a “existência de psicopatologia na família”).

Todas as análises estatísticas supracitadas foram realizadas utilizando o programa SPSS 19.0 (*Statistical Package for Social Sciences*), sendo que o valor $p < 0,050$ foi aplicado como nível de significância.

4. Resultados e Discussão

Inicialmente apresentaremos uma descrição da amostra em termos de dados sociodemográficos e da avaliação cognitiva (Inteligência Geral) obtida por meio do Raven Infantil - Matrizes Progressivas Coloridas. Também apresentaremos os dados referentes ao Índice de Adversidade Familiar, em que são analisados cinco itens considerados adversos para o desenvolvimento infantil. Conforme Rutter (1981), tais fatores são: número excessivo de pessoas na mesma casa; presença de discórdia conjugal; número excessivo de filhos; baixa renda mensal e existência de psicopatologia na família.

Em seguida, será apresentada uma análise da média nos escores de problemas de comportamento, segundo a avaliação dos pais, obtida pelo CBCL/6-18, e a avaliação do psicólogo, obtida pela SCICA. Além disto, apresentaremos uma análise da média nos escores de problemas de comportamento referente à autoavaliação dos problemas de comportamento dos próprios cuidadores/responsáveis pelas crianças incluídas no estudo.

Por fim, apresentaremos as análises de concordância entre as avaliações dos problemas comportamentais infantis realizadas a partir do CBCL/6-18 e da SCICA.

4.1. Caracterização da amostra (crianças e cuidadores)

4.1.1. Caracterização das crianças

Participaram do estudo 25 crianças, cinco (20,0%) meninas e 20 (80,0%) meninos, encaminhadas para serviços de saúde mental em função de dificuldades comportamentais, emocionais ou de aprendizagem. As principais queixas apontadas pelos pais no momento do encaminhamento para atendimento clínico constam na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1. Distribuição dos participantes segundo as principais queixas para encaminhamento para atendimento psicológico no serviço-escola

N°	QUEIXAS*	Tipo de queixa prevalente
1	Parece arrogante; não se relaciona.	Externalizante
2	Ansioso; inquieto; come compulsivamente.	Internalizante
3	Ciúmes do irmão; mente; briga muito.	Externalizante
4	Xixi na cama.	
5	Agitado; desobediente.	
6	Dificuldade escolar; mentir; esconder as lições de casa.	Externalizante
7	Agride os colegas; não se socializa.	Externalizante
8	Muito estressado; irritado; nervoso; assustado; não dorme.	Externalizante
9	Personalidade forte; nervosa; furiosa; não aceita negociação	Externalizante
10	Elétrico; sem limites; rebelde; não opõe a regras.	Externalizante
11	Chora muito; fechado; guarda as coisas para si	Internalizante
12	Xixi na cama.	
13	Dificuldade com aprendizagem; está na 4º série e não sabe ler.	Externalizante
14	Falta de atenção na escola; comportamento de provocar os colegas de classe; não aceita ser contrariado;	Externalizante
15	Não foi reportado queixas. Como a criança foi abandonada pelos pais, o cuidador procurou um acompanhamento psicológico para prevenir o aparecimento de problemas de comportamento.	
16	Dificuldades de concentração; tiques; desmotivação para o estudo.	Externalizante
17	Falta de atenção na escola; atraso na aquisição da linguagem e aprendizagem.	Externalizante
18	Apresenta muitas dores sem explicação médica (questões somáticas)	Internalizante
19	Agressivo; apresenta comportamento antissocial; crises nervosas.	Externalizante
20	Nervoso; agressivo; precisa de aprovação de terceiros.	Externalizante
21	Agitado; agressivo (problemas pioraram depois do nascimento do irmão menor).	Externalizante
22	Alteração de humor; agressivo; não respeita as regras.	Externalizante
23	Xixi na cama; não gosta de estudar; não tem diálogo; não come comida; opõe-se as regras; se acha feio.	Internalizante
24	Agitada; nervosa; tensa depois da separação dos pais.	Externalizante
25	Xixi na cama.	

* Queixas relatadas pelos pais às psicólogas dos serviços-escola durante a entrevista de triagem, conforme constam no formulário de triagem.

Em relação à idade, a média dos participantes foi de 8,7 anos e desvio padrão de 1,28. A distribuição dos participantes em função da idade é apresentada na Figura 2.

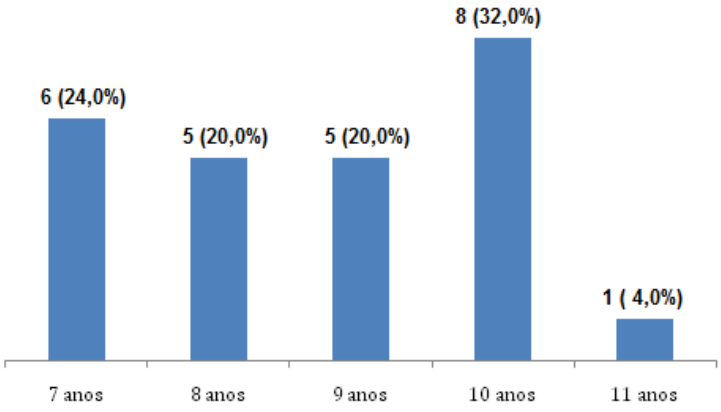


Figura 2. Distribuição dos participantes (crianças) em função da idade

Todas as crianças responderam ao Raven Infantil, obtendo percentil médio 78,2, com desvio padrão 15,55. A classificação das crianças em termos da inteligência geral neste instrumento pode ser observada na Figura 3.

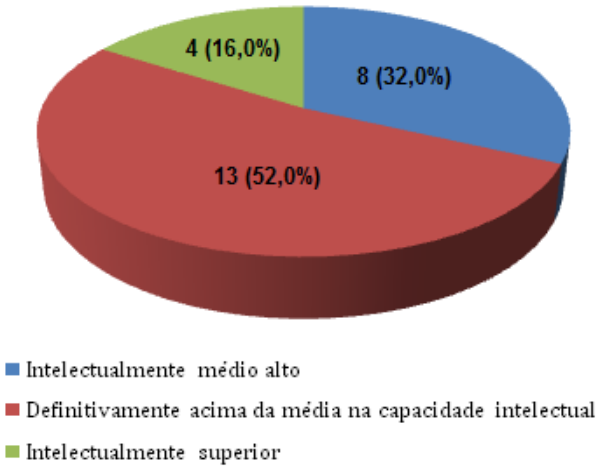


Figura 3. Distribuição dos participantes (crianças) segundo a classificação da inteligência geral no Raven Infantil – Matrizes Progressivas Coloridas

A maioria das crianças avaliadas apresentou uma inteligência geral definitivamente acima da média na capacidade intelectual, que compreende os percentis 75 – 94, ou seja, aproximadamente metade da amostra coletada, no mínimo, apresenta uma inteligência geral superior a 75,0% das crianças paulistanas da mesma faixa etária avaliadas para a padronização do instrumento. Três dos 25 (12,0%) participantes obtiveram escores brutos correspondentes ao percentil 95 e um (4,0%) participante obteve o percentil 99, sendo estes classificados como intelectualmente superior, pois seus escores foram superiores a pontuação de 95,0% da amostra normativa. Por fim, três (12,0%) participantes encontram-se no percentil 50, três (12,0%) no percentil 60 e duas (8,0%) no percentil 70, sendo estes classificados como intelectualmente médio alto. Tais dados evidenciam que as crianças incluídas no estudo apresentavam a capacidade intelectual preservada.

4.1.2. Caracterização dos cuidadores

Com relação aos cuidadores, como já era esperado, destaca-se a maior proporção de pessoas do sexo feminino acompanhando as crianças na avaliação (Feminino, n = 22 – 88,0% ; Masculino, n = 3 – 12,0%). Apenas três participantes tiveram como responsável o pai nas avaliações, sendo todos os demais acompanhados pela mãe, com exceção de dois casos em que o cuidador principal era a avó e a madrasta. McElroy e Rodriguez (2008) destacam que este é um padrão, dado que comumente as mães são as principais informantes sobre o comportamento de seus filhos.

A idade média dos cuidadores foi de 36,5 anos, com um desvio padrão de 6,93 anos. A distribuição dos cuidadores em função da faixa etária pode ser vista na Figura 4 a seguir.

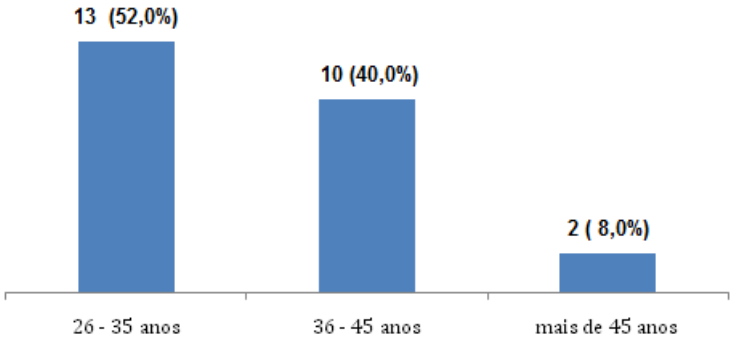


Figura 4. Distribuição dos participantes (cuidadores) em função da idade

Percebe-se que maioria (52,0%) dos informantes teve a idade compreendida entre os 26 e 45 anos. Embora grande parte dos estudos de caracterização de crianças encaminhadas para atendimento em serviços-escola geralmente descrevam apenas os dados sociodemográficos dos clientes e não dos pais ou cuidadores, no levantamento da literatura sobre o tema identificou-se que a faixa etária em que está compreendida a maioria dos informantes do presente estudo converge com o que foi encontrado por Silvares (2007) em sua Tese de Livre Docência, cujo objetivo era caracterizar a clientela que buscou atendimento no Instituto de Psicologia da USP entre os anos de 1983 e 1989. Silvares (2007) identificou que os pais e mães das crianças encaminhadas para atendimento encontravam-se predominantemente na faixa dos 30 a 40, sendo a média de idade 40,1 anos para os pais e 36,2 anos para as mães muito próximo a média de idade encontrada no presente estudo (idade media pais 40,7 – desvio padrão 3,21- anos e idade media mães 36,0 – dp 7,15- anos) .

Em relação à raça, apenas dois (8,0%) dos cuidadores declararam-se de raça negra, sendo que os demais (82,0%) brancos, assim como no estudo de Silvares (2007) em que mais de 70% dos pais e mães de crianças encaminhadas para atendimento eram brancos.

Também acessamos o nível socioeconômico das famílias das quais os participantes faziam parte. Os resultados de tal avaliação estão apresentados na Figura 5.

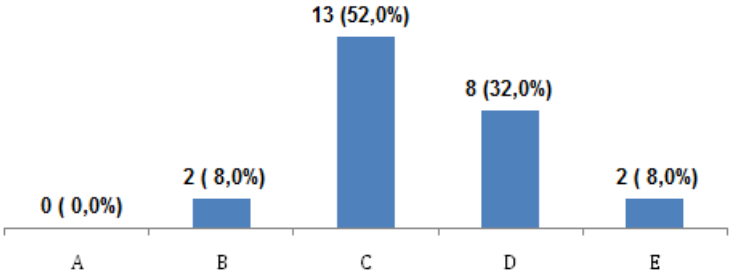


Figura 5. Distribuição dos participantes segundo o nível socioeconômico.

Observamos, na figura acima, que as crianças da amostra pertencem a famílias de diversos níveis de poder aquisitivo. No entanto, diferentemente do encontrado por Silvares (2007), em que a maioria dos clientes (36%) era proveniente da “Classe média inferior”, percebemos um aumento do poder aquisitivo dos clientes, sendo que a grande maioria dos participantes está localizada no grupo que pode ser considerado “Classe Média” – classes B e C.

4.1.3. Índice de Adversidade Familiar

Sabe-se que a presença de determinados fatores de risco, em interação, podem levar a ocorrência de problemas de comportamento. Considerando este dado amplamente consensual na literatura, Rutter (1983) elencou cinco fatores adversos que forneceriam um o Índice de Adversidade Familiar (IAF). Tais fatores são: (1) número excessivo de pessoas na mesma casa; (2) presença de discórdia conjugal; (3) número excessivo de filhos; (4) baixa renda mensal e (5) existência de psicopatologia na família. Quanto maior a presença de tais fatores, maiores serão os riscos de ocorrerem problemas de comportamento.

Conforme apresentado nos procedimentos, tomando por base os dados da Pesquisa de Condições de Vida, conduzida pelo SEADE em 2006, foi considerada a presença do fator "Número excessivo de filhos" quando a família tinha mais que 3,45 filhos (valor referente à média de 1,9 filhos acrescido de um desvio padrão no valor de 1,51). Foi considerado que o fator "Número excessivo de pessoas na mesma casa" estava presente, quando residiam mais que 5,63 pessoas na mesma residência (valor referente à média de 3,24 membros acrescido de um desvio padrão no valor de 2,39). Em relação ao fator "Baixa renda mensal", foi considerado fator presente quando os rendimentos da família fossem inferior R$ 12.719,28 (valor referente à média de rendimentos de R$ 1.808,00 acrescido de um desvio padrão no valor de R$ 8.169,09 e deflacionado pelo sálario mínimo a partir de 2006).

As informações sobre a presença ou ausência destes cinco fatores na amostra do presente relatório serão apresentadas na Tabela 2 abaixo.

Tabela 2. Dados dos participantes em relação à presença de fatores de risco

Participante	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Total de Fatores Presentes
1				Presente	Presente	2
2		Presente		Presente	Presente	3
3		Presente		Presente		2
4		Presente		Presente	Presente	3
5				Presente		1
6		Presente		Presente		2
7		Presente		Presente	Presente	3
8		Presente		Presente	Presente	3
9				Presente		1
10		Presente		Presente		2
11				Presente		1
12				Presente	Presente	2
13		Presente		Presente	Presente	3
14				Presente		1
15				Presente		1
16				Presente	Presente	2
17		Presente		Presente	Presente	3
18				Presente		1
19				Presente		1
20				Presente		1
21		Presente		Presente		2
22				Presente		1
23				Presente		1
24		Presente		Presente		2
25						0

Legenda:
Fator 1 = Número excessivo de pessoas na mesma casa (> ou = 6 pessoas na casa); Fator 2 = Presença de Discórdia Conjugal; Fator 3 = Número excessivo de filhos (> ou = 4 filhos); Fator 4 = Baixa Renda Mensal (< ou = 24 salários mínimos); Fator 5 = Presença de Psicopatologia na Família

Dos 25 colaboradores avaliados, apenas um (4,0%) deles (Número 25) não apresentou qualquer um dos fatores que compõem o Índice de Adversidade Familiar. Dez participantes (40,0%) tiveram um mesmo fator de risco presente, oito participantes (32,0%) apresentaram dois fatores de risco e seis participantes (24,0%)

apresentaram três fatores de risco. Nenhum dos participantes teve quatro ou cinco fatores de risco presentes.

Partindo do relato de todos informantes, conclui-se que, em média em cada casa residiam, 3,8 pessoas (Desvio padrão: 0,88) e havia 1,9 filhos (Desvio padrão: 0,70). Tais médias foram bastante semelhantes às descritas pelo SEADE (2006) para a população paulistana.

Dado que a presença de cada item de adversidade corresponde a 0,2 pontos, a média do IAF da amostra foi de 0,4 pontos, com um desvio padrão de 0,18. Rutter (1981) ao estabelecer o IAF destacou a probabilidade de que quanto maior fosse o índice, maiores também seriam os riscos de incidência de distúrbios infantis. Para investigar se esta hipótese se confirmou para a amostra do presente estudo, foram realizadas análises de associação entre os índices de adversidade e os escores das crianças nas escalas síndromes e gerais do CBCL e da SCICA. A medida de associação utilizada na análise foi o Coeficiente de Correlação de Spearman, método usualmente conhecido para medir a correlação entre duas variáveis.

Tabela 3. Coeficientes de correlação de Spearman (*rho*) entre as avaliações de problemas de comportamento pelo CBCL e o IAF

ESCALAS	*rho*	Valor *p*
Competências		
Atividades	0,162	0,439
Social	-0,226	0,278
Desempenho Escolar	0,162	0,460
Escala Total de Competências	-0,026	0,907
Síndromes		
Ansiedade/Depressão	0,417*	0,038
Retraimento/Depressão	0,231	0,267
Queixas Somáticas	0,141	0,502
Problemas de Sociabilidade	0,469*	0,018
Problemas com o Pensamento	0,269	0,193
Problemas de Atenção	0,087	0,679
Violação de Regras	0,234	0,260
Comportamento Agressivo	0,297	0,150
Orientadas pelo DSM		
Problemas Afetivos	0,423*	0,035
Problemas de Ansiedade	0,604**	0,001
Problemas Somáticos	0,023	0,914
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	0,055	0,793
Problemas de Oposição e Desafio	0,290	0,159
Problemas de Conduta	0,316	0,124
Outras escalas		
Tempo Cognitivo Lento	0,346	0,090
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	0,318	0,122
Estresse Pós-Traumático	0,360	0,077
Globais		
Escala de Internalização (EI)	0,415*	0,039
Escala de Externalização (EE)	0,280	0,174
Escala Total de Problemas de Emocionais/Comportamentais (TP)	0,362	0,075

Legenda:
Correlações significativas estão marcadas com * (p <0,05) ou ** (p <0,01).

A literatura sobre adversidade ambiental e problemas de comportamento consistentemente revela que os comportamentos externalizantes com componentes antissociais têm maior propensão a ocorrer nestes contextos (Ferreira & Marturano,

2002). Segundo Silvares (2000b), famílias que apresentam os fatores de adversidade presentes podem ser menos funcionais, positivas e consistentes, o que poderia configurar um facilitador para o aparecimento de comportamentos externalizantes.

A partir da análise da Tabela 3, podemos observar que este padrão não foi identificado para a presente amostra. As análises de correlação indicaram haver uma correção significativa e positiva entre as queixas internalizantes e a presença de adversidade familiar. Dentre as escalas síndromes, observa-se que quanto mais fatores de adversidades estiverem presentes, maiores serão os escores nos itens que avaliam dificuldades com Ansiedade/Depressão e Problemas de Sociabilidade do CBCL. Marturano, Toller e Elias (2005) também identificaram correlações entre a presença de queixas internalizantes no CBCL e eventos adversos, no entanto, a medida de avaliação de adversidade não foi o IAF e sim a Escala de Eventos Adversos (EEA; Santos, 1999). Estas autoras observaram que em meninos e meninas as queixas internalizantes estavam correlacionadas a eventos adversos ligados principalmente à área "família", sobretudo ao casal parental, tais como: casamento de um dos pais, problema de saúde mental do pai/da mãe, um dos pais abandonou a família ou nascimento de um irmão. Neste sentido, pode-se hipotetizar que os fatores de risco "presença de discórdia conjugal" e "presença de psicopatologia na família", declarados por 11 (44,0%) e 9 (36,0%) pais, respectivamente, possam explicar a correlação encontrada para a presente amostra. Para verificar se esta hipótese estava correta, foram conduzidas análises de correlação de Spearman entre os fatores e as escalas supracitadas. Nestas análises observou-se que de fato os Problemas de Sociabilidade estão correlacionados com o fator "presença de discórdia conjugal" (r=0,566; *p*=0,003), mas o mesmo não ocorreu para a escala de Ansiedade/ Depressão (r=0,309; *p*=0,133). Cabe destacar que,

além de correlacionar-se com a Escala de Problemas de Sociabilidade, o fator "presença de discórdia conjugal" apresentou correlação positiva com outra escala síndromes do CBCL (Comportamento Agressivo – r =0,471 e *p*=0,018), com quatro das seis escalas orientadas pelos DSM –IV (Problemas Afetivos – r=500 e *p*=0,011; Problemas de Ansiedade – r=0,543 e *p*=0,005; Problemas de Oposição e Desafio – r=0,428 e *p*=0,033; Problemas de Conduta – r=0,489 e *p*=0,013) e duas das três escalas acrescentadas em 2007 (Tempo Cognitivo Lento – r=0,447 e *p*=0,025; Estresse Pós-Traumático – r=0,399 e *p*=0,048). Aliás, este fator de risco também foi correlacionado com duas das escalas globais, Escala de Externalização (r=0,432 e *p*=0,031) e Escala Total de Problemas de Comportamento (r=0,476/ *p*=0,016).

Diferentemente do fator de risco "presença de discórdia conjugal", o relato de que havia presença de psicopatologia na família guardou relação apenas com a escala Problemas de Ansiedade (r=0,415 e *p*=0,039). No entanto, ao considerarmos as escalas globais, este foi o fator que se mostrou correlacionado aos escores na Escala de Internalização (r=0,400; *p*=0,048), convergindo com o achado de Marturano, Toller e Elias (2005). Dados semelhantes também foram encontrados no estudo de Rohenkohl e Castro (2012), em que os níveis de conflito das díades mãe-pai foram correlacionados positivamente e significativamente "com as dimensões internalizante (r=0,338, p< 0,01) e externalizante (r=0,455; p< 0,001) e com a pontuação total do CBCL (r=0,457; p < 0,001)" (Rohenkohl & Castro, 2012, p. 446).

Ademais, os problemas de saúde mental dos pais podem influenciar nas relações conjugais e no ambiente familiar como um todo. Whiffen, Kerr e Kallos-Lilly (2005) reportam que mães deprimidas apresentam pior qualidade no relacionamento conjugal e demonstram menor cuidado e suporte para com seus filhos. Low e Stocker

(2005) identificaram que conflitos conjugais de pais com humor depressivo estavam diretamente ligados a hostilidade destes pais para com seus filhos, o que por sua vez estava associado a problemas internalizantes e externalizantes nas crianças. Na amostra do presente estudo dez dos cuidadores entrevistados obtiveram escores clínicos na Escala de Internalização e seis na escala de Ansiedade/Depressão do ASR. Foram realizadas análises de correlação de Pearson, assumindo intervalos de confiança de 95%, para verificar se tais escores estavam correlacionados aos escores do CBCL. As análises demonstram haver correlação positiva entre estas escalas e as Escalas de Internalização (p=0,001) e Ansiedade/Depressão do CBCL (p=0,030).

Tabela 4. Coeficientes de correlação de Spearman (*rho*) entre as avaliações de problemas de comportamento pela SCICA e o IAF

ESCALAS	*rho*	Valor *p*
Síndromes		
Ansiedade[FO]	0,226	0,278
Ansiedade/Depressão[FA]	0,372	0,067
Retraimento/Depressão[FO]	0,401*	0,047
Problemas Motores/de Linguagem[FO]	0,236	0,256
Agressividade/Violação de regras[FA]	0,333	0,104
Problemas de Atenção[FO]	-0,172	0,410
Problemas de Auto-Controle[FO]	0,076	0,718
Orientadas pelo DSM		
Problemas Afetivos	0,229	0,271
Problemas de Ansiedade	0,375	0,065
Problemas Somáticos[a]		
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	-0,335	0,102
Problemas de Oposição e Desafio	0,335	0,101
Problemas de Conduta	0,100	0,633
Globais		
Escala de Internalização (EI)	0,313	0,128
Escala de Externalização (EE)	0,112	0,595
Escala de Total de Problemas de Comportamento Observados (TPObs)	0,148	0,479
Escala de Total de Problemas de Comportamento Autorrelatados (TPAuto)	0,409*	0,042

Legenda:
Correlações significativas estão marcadas com * (p <0,05) ou ** (p <0,01).
[a] Não se aplica à faixa etária deste estudo. Aplicável apenas para a faixa etária de 12 – 18 anos.

Ao observar a Tabela 4, notaremos que apenas duas das escalas da SCICA tiveram relação com o IAF, são elas a escala de Retraimento/Depressão (r=0,401 e *p*=0,047) e Escala de Total de Problemas de Comportamento Autorrelatados (r=0,409 e *p*=0,042). Como dito anteriormente, os fatores de risco e os problemas de comportamento guardam uma íntima relação, neste sentido, observa-se que quando diversos fatores de risco se mostram presentes, mais a criança tende a relatar

dificuldades em diversas áreas, tanto internalizantes quanto externalizantes, durante a entrevista clínica.

Assim como para o CBCL/6-18, conduzimos análises dos fatores de risco isoladamente, para identificar se algum fator específico guardaria relação com os escores da SCICA. Novamente, o fator "presença de discórdia conjugal" mostrou-se relevante ao correlacionar-se positivamente tanto com escalas que avaliam dificuldades internalizantes (Ansiedade/ Depressão – r=0,412 e *p*=0,041; Problemas Afetivos – r=0,406 e *p*=0,044), quanto com aquelas que avaliam os problemas externalizantes (Agressividade/ Violação de Regras – r=0,481 e *p*=0,015; Problemas de Oposição e Desafio – r=0,437 e *p*=0,029). Além disso, este fator guardou relação com a Escala de Internalização (r=0,425 e *p*=0,034) e Escala de Total de Problemas de Comportamento Autorrelatados (r=0,493 e *p*=0,012).

A partir destas análises podemos verificar que há uma multiplicidade de fatores correlacionados ao aparecimento de dificuldades internalizantes e externalizantes, e embora seja impossível afirmar com precisão qual fator é precursor dos problemas infantis, aparentemente as condições de saúde mental do cuidador e presença de conflito marital tem um peso significativo nestas relações.

4.2. Análises descritivas das avaliações de problemas de comportamento

4.2.1. CBCL/6-18

Para obter uma apreciação global sobre os comportamentos das crianças, a partir do relato de seus pais, foi aplicado o CBCL/6-18. Os escores T médios e respectivos desvios padrão obtidos pelas crianças da amostra, bem como a frequência de escores clínicos, estão apresentadas na Tabela 5 abaixo.

Tabela 5. Média dos escores T obtidos pelas crianças nas escalas do CBCL/6-18

ESCALAS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	Frequência de escore clínico (%)
Competências [a]			
Atividades	37,3	10,56	10 (40,0%)
Social	38,4	7,70	9 (36,0%)
Desempenho Escolar	38,9	8,66	7 (30,4%)
Escala Total de Competências	33,8	8,10	12 (52,2%)
Síndromes [b]			
Ansiedade/Depressão	63,7	7,96	10 (40,0%)
Retraimento/Depressão	64,3	8,47	2 (8,0%)
Queixas Somáticas	56,9	7,26	2 (8,0%)
Problemas de Sociabilidade	60,0	7,59	1 (4,0%)
Problemas com o Pensamento	59,0	8,65	8 (32,0%)
Problemas de Atenção	64,4	8,83	4 (16,0%)
Violação de Regras	59,7	6,99	4 (16,0%)
Comportamento Agressivo	66,0	8,55	5 (20,0%)
Globais			
Escala de Internalização (EI) [b]	63,4	8,18	10 (40,0%)
Escala de Externalização (EE) [b]	64,1	7,36	10 (40,0%)
Escala Total de Problemas de Emocionais/Comportamentais (TP) [b]	64,9	7,27	9 (36,0%)
Orientadas pelo DSM [b]			
Problemas Afetivos	62,6	8,08	2 (8,0%)
Problemas de Ansiedade	64,0	7,74	5 (20,0%)
Problemas Somáticos	55,2	6,36	5 (20,0%)
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	62,2	8,12	3 (12,0%)
Problemas de Oposição e Desafio	63,4	8,92	6 (24,0%)
Problemas de Conduta	61,3	6,95	4 (16,0%)
Outras escalas [b]			
Tempo Cognitivo Lento	60,8	8,28	5 (20,0%)
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	59,9	8,50	10 (40,0%)
Estresse Pós-Traumático	67,2	6,86	8 (32,0%)

Legenda:
[a] Frequência de escores clínicos considerando a normatização norte-americana.
[b] Frequência de escores clínicos considerando a normatização multicultural para o Grupo 3 – em que o Brasil está inserido.

Para ilustrar a distribuição dos escores médios dos participantes desta pesquisa, na Figura 6 apresentamos o perfil da amostra nas escalas síndromes do CBCL/6-18.

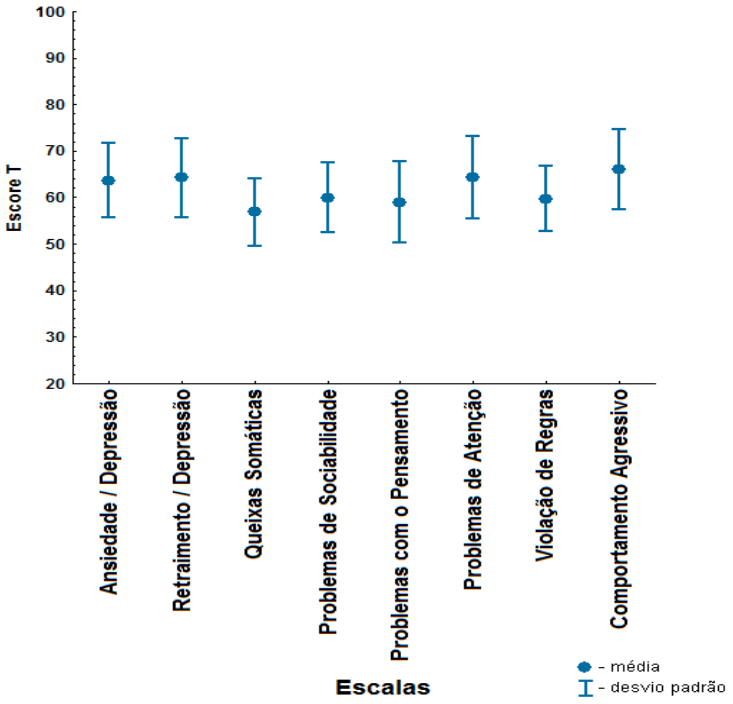


Figura 6. Perfil médio da amostra nas Escalas Síndromes do CBCL/6-18

Ao analisarmos os escores nas escalas síndromes e orientadas pelo DSM-V, na Tabela 5 e ilustrados na figura acima, um dado de destaque foi o fato de que apenas quatro (16,0%) das 25 crianças avaliadas apresentaram dificuldades a nível clínico para problemas de violação de regra e cinco (20,0%) para problemas com agressividade, enquanto dez crianças (40,0%) atingiram escores clínicos na escala de ansiedade/depressão, segundo o relato de seus pais. Estes resultados se revelaram surpreendentes, pois, considerando as queixas declaradas pelos pais na entrevista de triagem, o esperado era que fosse relatada no CBCL/6-18 uma maior frequência de problemas do tipo externalizante do que do tipo internalizante.

Outro dado interessante de se notar foram os escores dos participantes na Escala Total de Competências. Esta escala é composta por itens relativos ao engajamento da criança em diversas atividades, individuais e sociais, e ao desempenho escolar. Quando questionados sobre estes aspectos, dez (40,0%) pais reportaram que o engajamento e o desempenho de seus filhos eram aquém do esperado para crianças do mesmo sexo e idade, o que levou a classificação destes participantes como "clínicos". Este dado sugere que além de determinados problemas de comportamento, uma parte da amostra apresenta déficits importantes na área de competência social. Assim, além do manejo das queixas comportamentais presentes é interessante atuar sobre estes déficits com vistas a instalar e/ou aumentar habilidades e competências sociais no repertório destas crianças, com vistas a diminuir a frequência de comportamentos inadequados e potencializar a ocorrência de comportamentos adequados.

Considerando as escalas globais, a seguir apresentamos Figura 7, em que constam os escores médios obtidos pelos participantes nestas escalas.

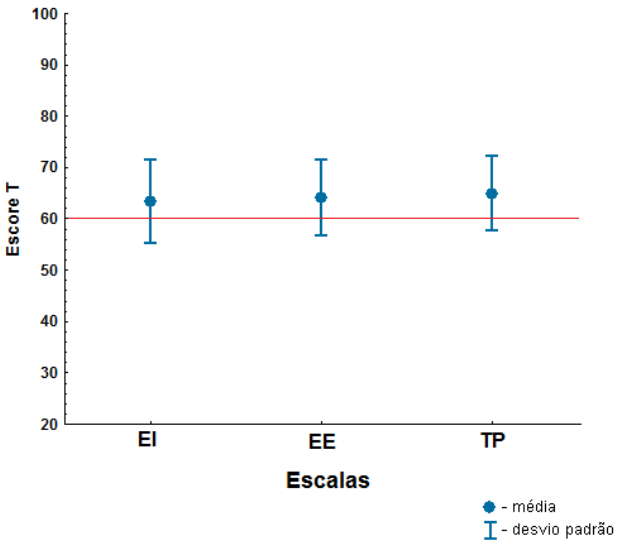


Figura 7. Perfil médio da amostra nas Escalas Globais do CBCL/6-18

Comumente as crianças são encaminhadas para atendimento clínico por apresentarem queixas de ordem externalizantes (Silvares, 2007). Se retomarmos a Tabela 1[9], apresentada anteriormente, observaremos que este também foi o padrão para a presente amostra, dado que das 25 crianças entrevistadas 16 (64,0%) foram encaminhadas para atendimento clínico em função destas queixas envolvendo nervosismo, agressividade e problemas com atenção em sua maioria. Apenas quatro (16,0%) participantes foram conduzidos para atendimento em função de queixas internalizantes. No entanto, pela análise da Tabela 5 e da Figura 7 é possível observar que os escores médios da amostra se mostraram elevados para as escalas que compreendem queixas internalizantes e externalizantes a ponto de atingir um nível clínico, ou seja, quase metade da amostra avaliada, quando comparados a outras crianças do mesmo sexo e idade, apresentaram problemas, em intensidade ou frequência, que merecem atenção de profissionais de saúde mental.

[9] Ver tópico 4.1.1. da seção de Resultados – Caracterização das crianças

4.2.2. SCICA

Para contrapor a avaliação realizada pelos cuidadores das crianças, os mesmos participantes também foram avaliados por meio da SCICA preenchida pela pesquisadora. No entanto, diferentemente do CBCL – instrumento destinado à população geral e que tem pontos de cortes definidos para discriminar os grupos "clínico" e "não-clínico" –, a SCICA é um instrumento de avaliação destinado exclusivamente a populações clínicas, ou seja, destina-se à um grupo de crianças e adolescentes que já foram encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental. Deste modo, diferentemente do CBCL/6-18, este instrumento não tem como função discriminar a necessidade ou não de um atendimento, e sim tem como função permitir mapear melhor a demanda para intervenção e a severidade do problema. Para determinar tal severidade, McConaughy e Achenbach (2001) sugerem que escores *T clínicos* iguais ou superiores a 55 (≥ percentil 69) indicam potencialidade severa dos problemas (chamaremos este grupo de "clínico grave").

Os escores médios, respectivos desvios padrão e a frequência de escores "clínicos graves" obtidos pelas crianças da amostra neste instrumento estão apresentadas na Tabela 6 abaixo.

Tabela 6. Média dos escores obtidos pelas crianças nas escalas da SCICA

ESCALAS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	Frequência de escore clínico grave (%)
Síndromes			
Ansiedade[FO]	39,3	3,02	0 (0,0%)
Ansiedade/Depressão[FA]	43,3	6,33	1 (4,0%)
Retraimento/Depressão[FO]	44,7	5,08	1 (4,0%)
Problemas Motores/de Linguagem[FO]	40,1	3,88	0 (0,0%)
Agressividade/Violação de regras[FA]	45,6	5,77	2 (8,0%)
Problemas de Atenção[FO]	45,5	5,51	1 (4,0%)
Problemas de Autocontrole[FO]	39,4	4,54	1 (4,0%)
Globais			
Escala de Internalização (EI)	35,6	9,01	1 (4,0%)
Escala de Externalização (EE)	40,7	6,50	1 (4,0%)
Escala de Total de Problemas de Comportamento Observados (TPObs)	29,8	6,75	0 (0,0%)
Escala de Total de Problemas de Comportamento Autorrelatados (TPAuto)	38,4	7,85	0 (0,0%)
Orientadas pelo DSM			
Problemas Afetivos	45,8	8,33	6 (24,0%)
Problemas de Ansiedade	41,5	5,58	2 (8,0%)
Problemas Somáticos[*]	-	-	-
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	43,0	4,87	1 (4,0%)
Problemas de Oposição e Desafio	44,8	6,05	3 (12,0%)
Problemas de Conduta	50,2	6,44	6 (24,0%)

Legenda:
FO: Informações provenientes do Formulário de Observação e que foram obtidas por meio da observação do comportamento da criança em sessão;
FA: Informações provenientes do Formulário de Autorrelato e que foram obtidas por meio do relato da criança sobre o seu comportamento.
[*] Aplicável apenas para a faixa etária de 12 – 18 anos.

A seguir, apresentamos a Figura 8 retratando a distribuição dos escores médios dos participantes desta pesquisa nas escalas síndromes da SCICA.

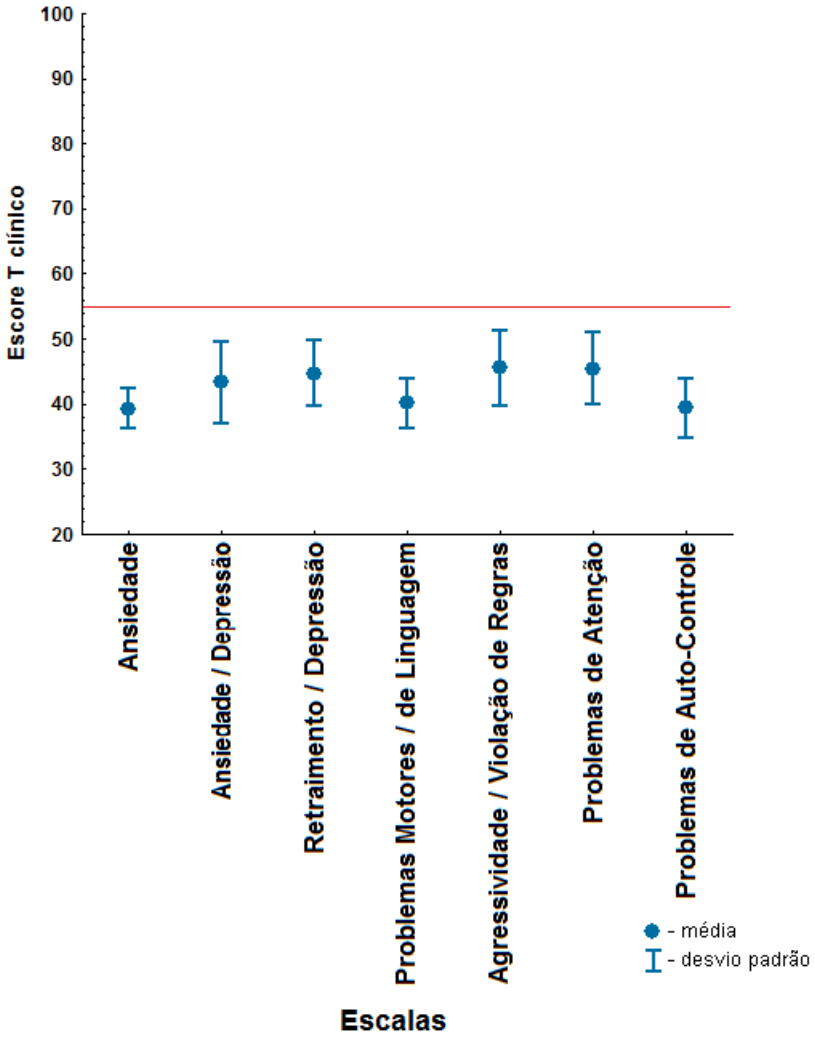


Figura 8. Perfil médio da amostra nas Escalas Síndromes da SCICA

Considerando o ponto de corte sugerido pelos autores do instrumento (Escore T clínico ≥ 55), percebemos que, em média, as crianças da amostra não apresentam qualquer um dos problemas de comportamento com uma potencialidade severidade. A média dos escores dos participantes foi elevada para as seguintes Escalas Síndromes: Ansiedade/Depressão[FA], Retraimento/Depressão[FO], Agressividade/Violação de regras[FA] e Problemas de Atenção[FO]. Embora não indiquem uma potencial severidade, é

interessante notar que estas médias mais elevadas revelam áreas do funcionamento infantil que necessidade de intervenção a fim de que não se agravem.

No entanto, ao considerarmos as escalas separadamente podemos ter uma compreensão mais específica dos casos. No caso da presente amostra, observa-se que seis participantes obtiveram escores clínicos graves em duas das cinco escalas orientadas pelo DSM computadas para crianças. É importante destacar que a obtenção de escores clínicos graves nestas escalas não significa o diagnóstico de tais transtornos, mas sugere a necessidade de uma avaliação mais detalhada a respeitos de dificuldades nestas áreas, como problemas afetivos e de conduta.

A Figura 9 abaixo ilustra a distribuição dos escores médios dos participantes nas escalas agrupadas que compõem a SCICA.

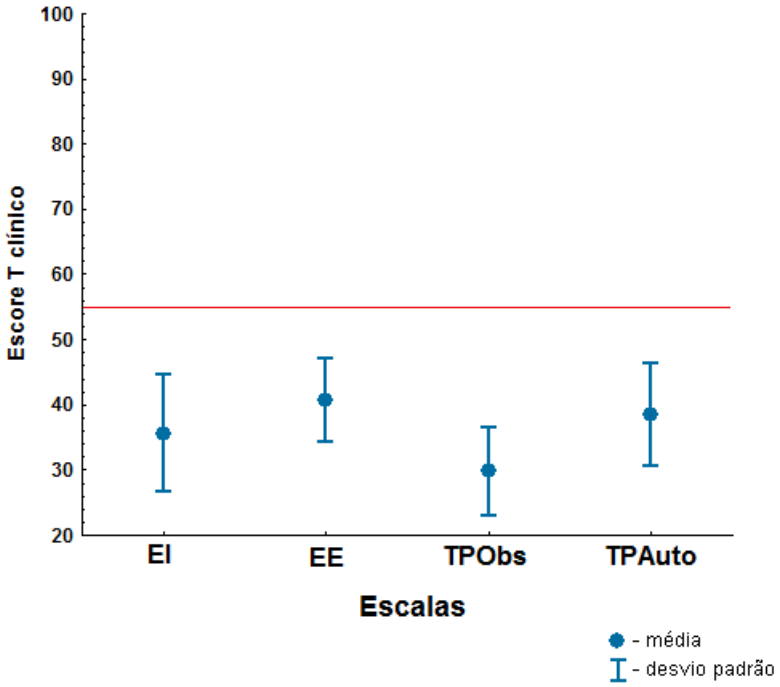


Figura 9. Perfil médio da amostra nas Escalas Globais da SCICA

Uma análise da Tabela 6 e da figura acima revela que as dificuldades apresentadas mostram-se equivalentes tanto para os problemas internalizantes, quanto externalizantes, sendo que em média as dificuldades externalizantes mostram-se um pouco mais agravadas (Escore T clínico médio para EE = 40,7±6,50 enquanto para EI = 35,6±9,01).

4.2.3. ASR

Para obter uma apreciação global sobre os comportamentos dos cuidadores das crianças que compuseram a amostra, foi-lhes solicitado que respondessem ao ASR, inventário que permite avaliar funções adaptativas, uso de substância e problemas de comportamento a partir do autorrelato do adulto. Tais dados nos permitem ter uma melhor compreensão da pessoa que está avaliando o público alvo deste estudo, as crianças.

Na Tabela 7 estão expostos os escores médios obtidos pelos cuidadores no ASR.

Tabela 7. Média dos escores obtidos pelas crianças nas escalas do ASR

ESCALAS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	Frequência de escore clínico (%*)
Escalas de Função Adaptativa			
Amigos	40,9	10,20	7 (28,0%)
Esposo(a) ou Companheiro(a)	41,6	11,34	10 (52,6%)
Família	43,4	9,91	4 (16,0%)
Emprego	45,1	8,37	3 (21,4%)
Educação	45,2	10,49	2 (18,2%)
Média Adaptativa	40,6	8,91	9 (36,0%)
Aspectos positivos	44,6	9,57	5 (20,0%)
Escalas Síndromes			
Ansiedade/Depressão	61,7	9,13	8 (32,0%)
Retraimento/Depressão	57,8	7,37	6 (24,0%)
Queixas Somáticas	56,2	6,55	3 (12,0%)
Problemas com o Pensamento	53,6	4,96	1 (4,0%)
Problemas com a Atenção	55,7	7,37	4 (16,0%)
Comportamento Agressivo	58,2	6,80	5 (20,0%)
Violação de Regras	55,5	6,34	2 (8,0%)
Comportamento Intrusivo	53,2	4,99	1 (4,0%)
Globais			
Escala de Internalização	59,1	10,90	21 (84,0%)
Escala de Externalização	54,0	10,73	7 (28,0%)
Escala de Total de Problemas de Comportamento	54,1	10,72	8 (32,0%)
Itens críticos	55,7	6,07	4 (16,0%)
Uso de Substância			
Uso de Tabaco	50,9	3,25	1 (4,3%)
Uso de Álcool	52,0	4,70	2 (8,7%)
Uso de Drogas	50,0	0,00	0 (0,0%)
Média de Uso de Substâncias	51,7	4,39	1 (4,3%)
Escalas Orientadas pelo DSM-IV			
Problemas Depressivos	58,2	8,98	6 (24,0%)
Problemas de Ansiedade	62,0	7,06	10 (40,0%)
Problemas Somáticos	56,2	6,48	3 (12,0%)
Problemas de Personalidade Evitativa	58,5	7,73	4 (16,0%)
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	55,1	5,30	1 (4,0%)
Problemas de Personalidade Anti-social	56,0	7,19	5 (20,0%)

De modo geral, é possível perceber que os escores médios da amostra de cuidadores mostraram-se elevados na Escala de Internalização, a ponto de superar o ponto de corte estabelecido para amostra normativa americana que discrimina a necessidade de atenção clínica. Ao analisarmos os casos separadamente, percebe-se que 21 dos 25 (84,0%) pais avaliados obtiveram escores clínicos nesta escala. No entanto, ao considerarmos as escalas síndromes, observamos que uma frequência menor de participantes obteve escores clínicos, sendo Ansiedade/Depressão a dificuldade com maior frequência de escores clínicos (oito participantes – 32,0%).

Além disto, observa-se que 10 dos 19 (52,6%) pais que relataram que em algum momento nos últimos seis meses viveu com seu/sua esposo(a) ou companheiro(a) atingiram escores clínicos no que tange a escala de Função Adaptativa chamada de "Esposo(a) ou Companheiro(a)". Tal dado reforça a existência do fator de risco "presença de discórdia conjugal" mencionado anteriormente, em que onze participantes declaram dificuldades no relacionamento com o parceiro(a).

4.3. Análises comparativas das avaliações de problemas de comportamento

Até o presente momento foram apresentados dados isolados dos instrumentos de avaliação de problemas de comportamento infantis utilizados, CBCL e SCICA. A partir desta seção apresentaremos as análises de concordância e confiabilidade entre estes questionários. Porém, antes disso, é pertinente realizarmos um esclarecimento relativo aos métodos estatísticos empregados.

Conforme discutido na Introdução, embora se saiba da grande relevância das escalas para identificar problemas de comportamento, a integração de informações provindas de diversas fontes por meio destes métodos quantitativos se constitui um "desafio psicométrico" para os pesquisadores, segundo Roberts e Caspi (2001). Os estudos avançaram no sentido de identificar como e de quem as informações para a avaliação deveriam provir, no entanto, a pergunta "Como os resultados destas avaliações devem ser integrados?" permanece sem resposta e há pouco consenso sobre como conduzir esta escolha tão importante (Dirks, De Los Reyes, Briggs-Gowan, Cella, & Wakschlag, 2012). Em função da ausência de parâmetros sobre como conduzir a integração dos dados, há na literatura estudos com as mais variadas técnicas estatísticas para análise de dados, inclusive algumas das técnicas empregadas não foram as mais adequadas ao caso.

Entre os trabalhos incluíram a SCICA como fonte de informação, observamos que nos estudos de Ferdinand e colaboradores (2003) e Amr e colaboradores (2009), foram realizadas análises com o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson. Esta análise visa medir o grau e a direção da correlação entre duas variáveis quantitativas que não tenham relação entre si e seu emprego nos estudos foi incorreto dado que ambas as escalas (CBCL e SCICA) avaliam o mesmo constructo – problemas de comportamento da criança. Diferente destes primeiros, as pesquisas conduzidas por van Gent, Goedhart, Hindley e Treffers (2007) e Knook e colaboradores (2011), utilizaram a técnica estatística adequada para responder à pergunta do estudo, no caso do primeiro estudo foi utilizado o Índice Kappa para avaliar concordância entre os grupos "clínico" *versus* "não clínico" do CBCL e SCICA, e no segundo apenas foram

realizadas análises descritivas para comparar a porcentagem de casos transtornos psiquiátricos clinicamente relevantes pela SCICA e pelo DISC.

Ampliando esta discussão para trabalhos publicados que analisaram concordância entre as escalas do Sistema ASEBA que não a SCICA, podemos observar que outras medidas têm sido empregadas, tais como o Coeficiente De Correlação Intraclasse (ICC). Esta é a ferramenta estatística mais comum para se testar fidedignidade/ confiabilidade de medidas quantitativas. Um exemplo de estudo em que esta medida foi empregada é o de Salbach-Andrae, Lenz e Lehmkuhl (2009) cujo objetivo era analisar padrões de concordância entre pais, professores e adolescentes a partir do CBCL, Inventário de Comportamento da Criança para Professores (TRF) e Inventário de Autoavaliação para Jovens (YSR).

Seguindo esta tendência dos estudos internacionais, para este estudo foram realizadas três tipos de análises para medir concordância entre as avaliações de problemas de comportamento: Coeficiente Kappa, Coeficientes de Correlação Intraclasse e, por fim, gráficos de Bland e Altman.

As análises com o Coeficiente Kappa foram realizadas para testar o grau de concordância entre as avaliações em termos de classificação como "clínico" *versus* "não clínico"[10] (Kotz & Johnson, 1983). Tais análises podem ser vistas na tabela, a seguir.

[10] Como apresentamos anteriormente, a SCICA não apresenta um ponto de corte entre clínico e não clínico, e sim um ponto de corte em termos da severidade dos problemas de comportamento. Assim, para esta análise considerou-se que participantes classificados como "clínico" na SCICA seriam o grupo "não clínico" e participantes classificados como "clínico grave" seriam o grupo "clínico".

Tabela 8. Concordância de classificação e Coeficiente Kappa entre as medidas de avaliação de problemas de comportamento infantis (CBCL e SCICA)

ESCALAS	Concordância Freq (%)	Discordância Freq (%)	Coef. Kappa	Valor *p*
Síndromes				
Ansiedade [a]	15 (60,0%)	10 (40,0%)	Não passível de cálculo	
Ansiedade/ Depressão [b]	16 (64,0%)	9 (36,0%)	0,118	0,211
Retraimento/ Depressão [c]	22 (88,0%)	3 (12,0%)	-0,056	0,763
Problemas com o Pensamento [d]	17 (68,0%)	8 (32,0%)	Não passível de cálculo	
Comportamento Agressivo [e]	20 (80,0%)	5 (20,0%)	0,194	0,269
Violação de regras [f]	19 (76,0%)	6 (24,0%)	-0,119	0,520
Problemas de atenção [g]	22 (88,0%)	3 (12,0%)	0,359	0,019*
Agressividade/ Autocontrole [h]	21 (84,0%)	4 (16,0%)	0,286	0,041*
Agrupadas				
EI [i]	16 (64,0%)	9 (36,0%)	0,118	0,211
EE [j]	16 (64,0%)	9 (36,0%)	0,118	0,211
TP [k]	16 (64,0%)	9 (36,0%)	Não passível de cálculo	
TP [l]	16 (64,0%)	9 (36,0%)	Não passível de cálculo	

Legenda:
* Análise estatisticamente significativas com valor $p < 0,05$
[a] Ansiedade/ Depressão CBCL *versus* Ansiedade SCICA
[b] Ansiedade/ Depressão CBCL *versus* Ansiedade/ Depressão SCICA
[c] Retraimento/ Depressão *versus* Retraimento/ Depressão SCICA
[d] Problemas com o Pensamento CBCL versus Problemas Motores/de Linguagem SCICA
[e] Comportamento Agressivo CBCL *versus* Agressividade/ Violação de regras SCICA
[f] Violação de regras CBCL *versus* Agressividade/ Violação de regras SCICA
[g] Problemas de atenção do CBCL *versus* Problemas de atenção SCICA
[h] Comportamento agressivo CBCL *versus* Problemas de autocontrole SCICA
[i] EE CBCL *versus* EE SCICA
[j] EI CBCL *versus* EI SCICA
[k] TP CBCL *versus* TPObs SCICA
[l] TP CBCL *versus* TPAuto SCICA

Mesmo que na literatura não haja um valor objetivo estabelecido a partir do qual o valor do Kappa possa ser considerado adequado, alguns autores, como Landis e Koch (1977), Fleiss (1981) e Shrout (1998), determinaram parâmetros para interpretá-los. Fleiss (1981) estabelece que valores Kappa inferiores a 0,40 são considerados "pobre", entre 0,40 e 0,75 são considerados de "satisfatório a bom" e superiores a 0,75 são considerados "excelente". Landis e Koch (1977) e Shrout (1998) têm uma proposta ainda mais fragmentada. Shrout (1998) estabelece que coeficientes com

valores de 0,11 a 0,40 são “ligeira”, de 0,41 a 0,60 são “fraca”, de 0,61 a 0,80 são “moderada” e superiores a 0,80 são “substancial”. Landis e Koch (1977), por sua vez, estabelecem seis classificações para os coeficientes de Kappa, são eles: (a) “pobre” para valores inferiores a 0,00; (b) “ligeira” para valores 0,01 e 0,19; (c) “fraca” para valores entre 0,20 e 0,39; (d) “moderada” para valores entre 0,40 e 0,59; (e) “substancial” para valores entre 0,60 e 0,79; e (f) “quase perfeita” para valores entre 0,80 e 1.

Ao analisar a Tabela 8 perceberemos que, com exceção das análises para Problemas de Atenção e Agressividade/ Autocontrole, houve uma concordância muito baixa entre as avaliações tanto para as demais escalas síndromes, quanto para as escalas globais. Os valores do coeficiente de Kappa variaram de -0,119 a 0,194 sendo classificados como “pobre”, para as escalas Retraimento/ Depressão e Violação de regras, e “ligeira” para as demais escalas, segundo os critérios de Landis e Koch (1977). Já para as escalas Problemas de atenção e Agressividade/ Autocontrole os valores do coeficiente Kappa situam-se na faixa de classificação “fraca”. Estes dados convergem com o que é consensual na literatura: geralmente o índice de concordância entre fontes que lidam com a criança em diferentes contextos é baixo (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987).

O tipo da queixa apresentada pode influenciar no grau de concordância entre os avaliadores. Segundo Salbach-Andrae, Lenz, & Lehmkuhl (2009) as diversas fontes tendem a concordar mais quando avaliam queixas externalizantes do que queixas internalizantes. Apesar da SCICA também ter duas escalas de queixas internalizantes obtidas a partir da observação direta do comportamento durante a sessão, a concordância com os pais foi ligeiramente superior quando se tratava das dificuldades

externalizantes, em que houve um grau de concordância fraco, mas ainda assim significativo. A explicação para esta pequena discrepância reside justamente no tipo da queixa. Por exemplo, se considerarmos duas escalas compostas por problemas observados durante a sessão, sendo um de queixas internalizantes (Ansiedade) e outra de queixas externalizantes (Problemas de Atenção). Vejamos alguns dos itens que compõem a Escala de Problemas de Atenção são: não consegue parar sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperativo(a), fica fora da atividade com frequência, o seu trabalho é desorganizado, desleixado, fica fora de seu lugar e quer desistir ou desiste da tarefa. Agora alguns dos itens que compõem a Escala de Ansiedade: não consegue tirar certos pensamentos da cabeça, sente-se muito culpado(a), tem medo de cometer erros, é nervoso(a) ou tenso(a), e preocupa-se. É claramente perceptível que os itens de queixas externalizantes são mais fáceis de observar e de determinar sua ocorrência e, por conseguinte, há maiores chances de haver um consenso entre os diferentes avaliadores ao considerarem este tipo de dificuldade.

Cabe destacar que para todas as escalas, com exceção de um caso na escala de Retraimento/ Depressão, a discordância encontrada se deu ao fato dos pais terem declarado que os comportamentos de seus filhos ocorriam com uma frequência que os classificaria como “clínicos”, enquanto a avaliação dos problemas observados pela psicóloga clínica e autorrelatados pela criança sobre estes problemas fez com que elas fossem classificadas apenas como “clínico” e não “clínico grave”. Ou seja, de modo geral, as discrepâncias ocorreram porque os pais reportaram mais problemas no CBCL, do que foi obtido pela SCICA. Tal discrepância será melhor esclarecida nas análises subsequentes.

No momento, compete atentar para o caso do participante que na escala de Retraimento/ Depressão, segundo o relato do cuidador, não apresentava dificuldades a ponto de necessitar atenção psicológica, porém segundo a avaliação da SCICA as dificuldades instaladas nesta área encontravam-se em um nível “grave”. Segundo o relato da mãe deste participante ao CBCL, as principais dificuldades dele residiam na área de problemas externalizantes – o filho atingiu escores clínicos nas escalas de Problemas de atenção, Comportamento Agressivo e Escala de Externalização. Estas graves dificuldades com o comportamento agressivo também foram identificadas pela SCICA, pois durante a entrevista a criança declarou ser desobediente em casa e na escola, entrar em brigas físicas, andar com pessoas que se metem em encrencas e atacar fisicamente as pessoas, inclusive os irmãos. A questão é que a utilização do protocolo de entrevista semiestruturada com a criança mostrou-se uma ferramenta valiosa, pois a partir da observação clínica foi possível ir além da queixa declarada e identificar outra área merecedora de atenção clínica, pois a criança apresentou-se, em demasiada frequência e intensidade, da seguinte maneira: evitou contato visual, relutou em discutir sentimentos ou questões pessoais, mostrou-se reservado(a) e guardando as coisas para si mesmo(a), pareceu cansado(a) demais ou fatigado(a) e pareceu infeliz, triste ou deprimido(a). Achenbach e Rescorla (2001) destacam que queixas internalizantes e externalizantes não são mutuamente exclusivas, pelo contrário elas tendem a coocorrer. Talvez a cuidadora do participante em questão estivesse tendo tanto estresse com as dificuldades externalizantes que estavam ocorrendo com um grau de gravidade considerável, que tenha focado toda a sua atenção nestes aspectos e negligenciado as outras possíveis áreas do funcionamento de seu filho.

Para compreender ainda melhor estas discordâncias entre as avaliações realizadas pelos pais e pelo psicólogo clínico/ criança, foram realizadas análises dos Coeficientes de Correlação Intraclasse para a presente amostra. Os resultados destas análises encontram-se na Tabela 9 abaixo.

Tabela 9. Valores do coeficiente de correlação intraclasse das medidas de avaliação de problemas de comportamento infantis (CBCL e SCICA)

ESCALAS	ICC	
	ICC	Valor *p*
Síndromes		
Ansiedade [a]	0,093	0,326
Ansiedade/ Depressão [b]	0,295	0,072
Retraimento/ Depressão [c]	-0,134	0,743
Problemas com o Pensamento [d]	0,134	0,258
Comportamento Agressivo [e]	0,103	0,308
Violação de regras [f]	0,070	0,367
Problemas de atenção [g]	-0,281	0,918
Agressividade/ Autocontrole [h]	-0,630	0,620
Agrupadas		
EI [i]	0,279	0,743
EE [j]	0,161	0,215
TP [k]	0,186	0,182
TP [l]	0,075	0,358

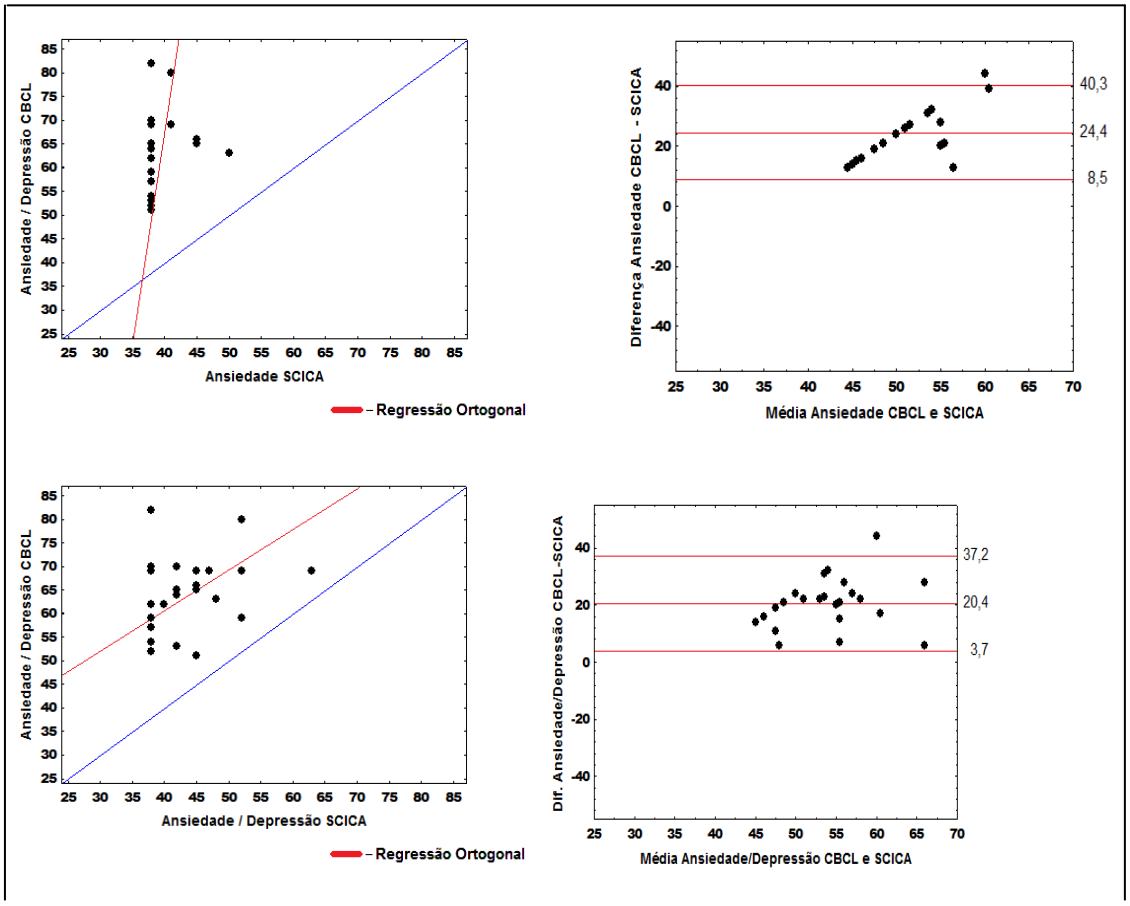
Legenda:
[a] Ansiedade/ Depressão CBCL *versus* Ansiedade SCICA
[b] Ansiedade/ Depressão CBCL *versus* Ansiedade/ Depressão SCICA
[c] Retraimento/ Depressão *versus* Retraimento/ Depressão SCICA
[d] Problemas com o Pensamento CBCL versus Problemas Motores/de Linguagem SCICA
[e] Comportamento Agressivo CBCL *versus* Agressividade/ Violação de regras SCICA
[f] Violação de regras CBCL *versus* Agressividade/ Violação de regras SCICA
[g] Problemas de atenção do CBCL *versus* Problemas de atenção SCICA
[h] Comportamento agressivo CBCL *versus* Problemas de autocontrole SCICA
[i] EE CBCL *versus* EE SCICA
[j] EI CBCL *versus* EI SCICA
[k] TP CBCL *versus* TPObs SCICA
[l] TP CBCL *versus* TPAuto SCICA

Ao analisar a Tabela 9 em que constam os valores do ICC e seus respectivos valores *p* podemos observar que a hipótese nula (H0) – de que há discordância entre as avaliações – é aceita. Em outras palavras, estes dados confirmam as análises por meio do coeficiente Kappa e evidenciam não haver concordância significativa entre as avaliações de problemas de comportamento realizadas pelos pais e as avaliações

realizadas pelo psicólogo clínico (escalas constituídas a partir da observação do comportamento[11]) e pela criança (escalas constituídas a partir do autorrelato[12]).

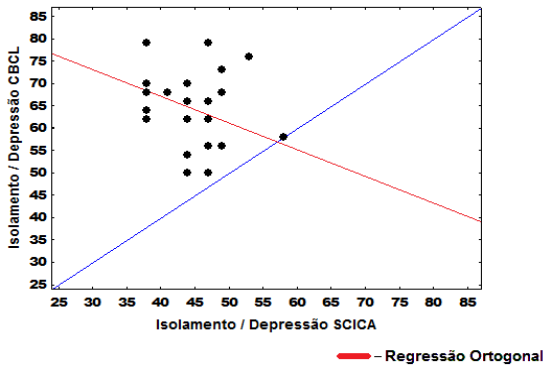
Apesar de o ICC ser amplamente utilizado na literatura, há uma técnica estatística, chamada de Gráficos de Bland e Altman (Bland & Altman, 1986), que é considerada mais adequada do que o ICC para avaliar a discordância entre duas medidas quantitativas.

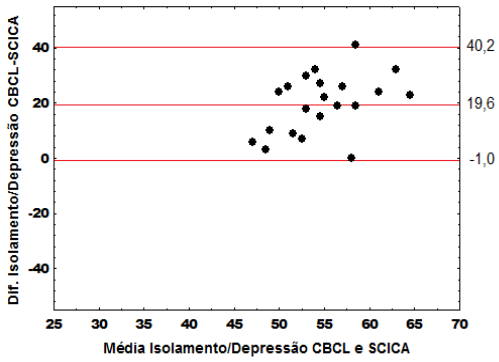
A seguir apresentamos a Figura 10 com a plotagem dos gráficos de Bland e Altman para as escalas síndrome.

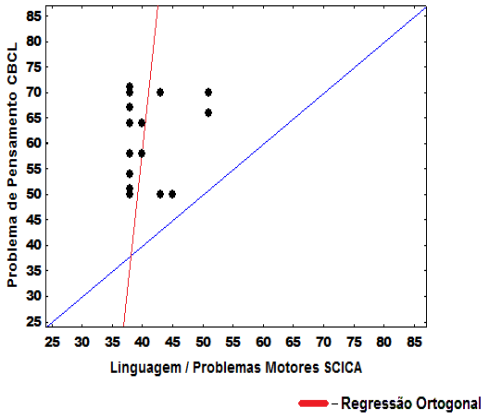


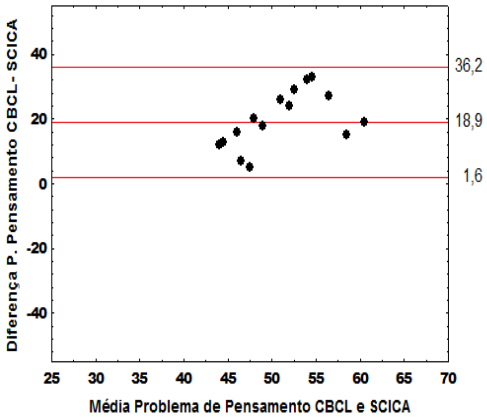
[11] A saber: Ansiedade, Retraimento/Depressão, Problemas Motores/de Linguagem, Problemas de Atenção e Problemas de Autocontrole

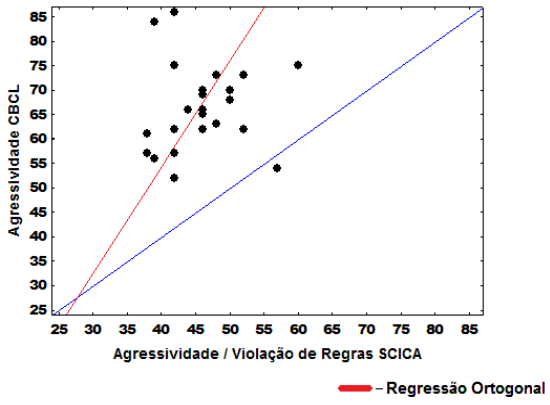
[12] A saber: Ansiedade/Depressão e Agressividade/Violação de regras

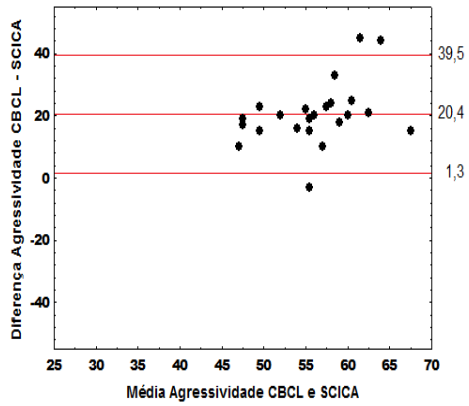

Isolamento / Depressão CBCL
Isolamento / Depressão SCICA
Regressão Ortogonal

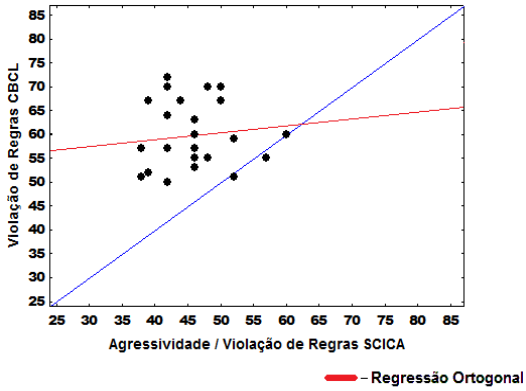

Dif. Isolamento/Depressão CBCL-SCICA
Média Isolamento/Depressão CBCL e SCICA
40,2
19,6
-1,0

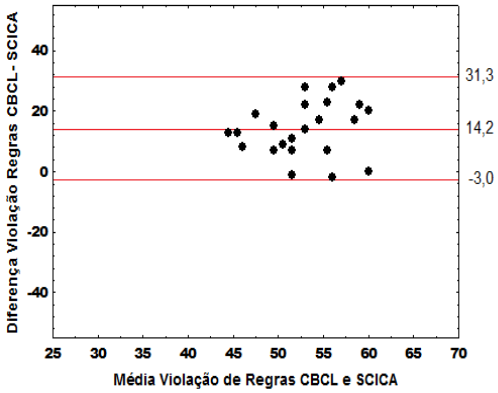

Problema de Pensamento CBCL
Linguagem / Problemas Motores SCICA
Regressão Ortogonal


Diferença P. Pensamento CBCL- SCICA
Média Problema de Pensamento CBCL e SCICA
36,2
18,9
1,6


Agressividade CBCL
Agressividade / Violação de Regras SCICA
Regressão Ortogonal


Diferença Agressividade CBCL - SCICA
Média Agressividade CBCL e SCICA
39,5
20,4
1,3


Violação de Regras CBCL
Agressividade / Violação de Regras SCICA
Regressão Ortogonal


Diferença Violação Regras CBCL- SCICA
Média Violação de Regras CBCL e SCICA
31,3
14,2
-3,0

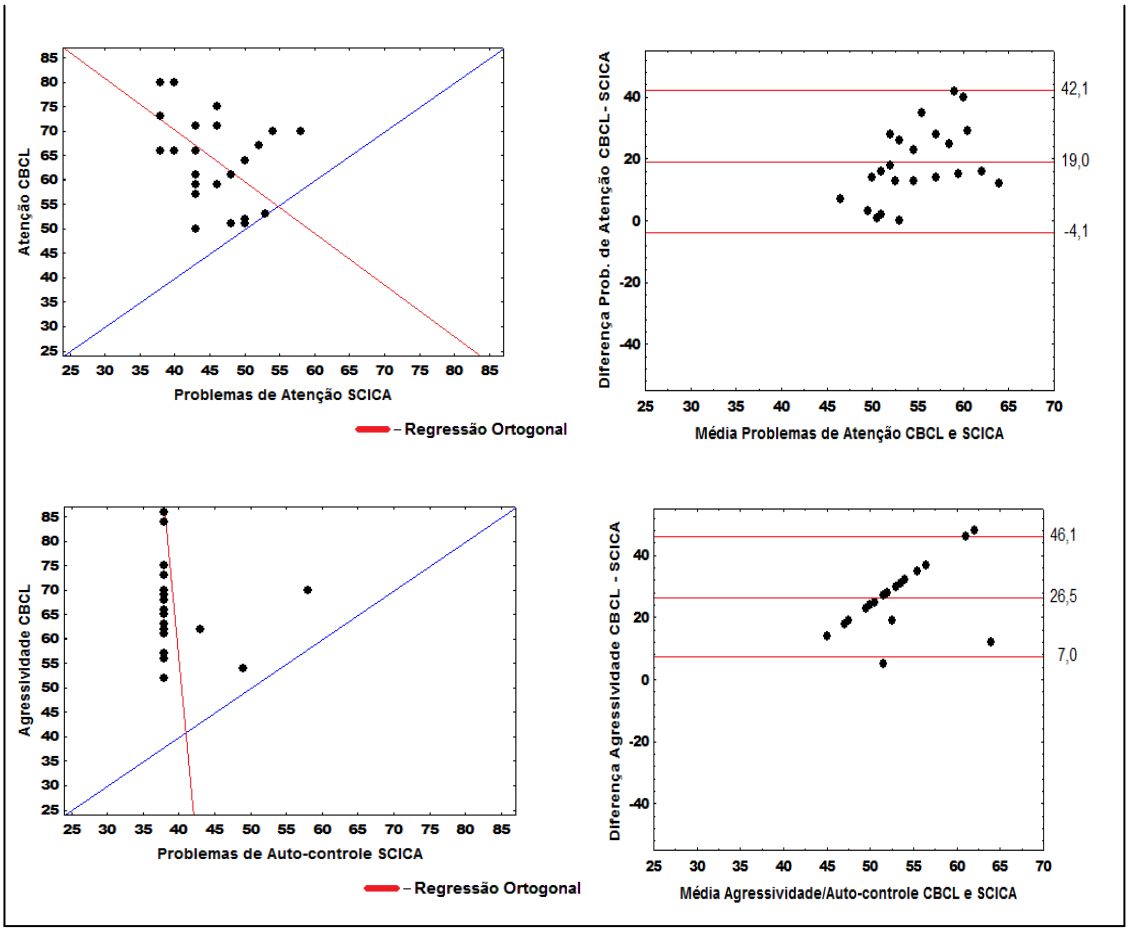


Figura 10. Análise de Bland-Altman entre as diferenças nas avaliações da realizadas pelos pais (CBCL) e pelo clínico/ criança (SCICA) para as Escalas Síndromes[13]

Sobre o método Bland-Altman, Chan (2003) destaca que

> Não há valor-p disponível para descrever este acordo, mas sim um conceito de "controle de qualidade". A diferença entre os pares de duas medições é registada em relação à média das duas medições e os autores recomendam que 95% dos pontos de dados devem ficar entre $\pm$ 2 desvio da diferença média (p. 617) [Tradução livre da pesquisadora]

Ao observar a esquerda da Figura 10, para as Escalas Síndromes, é possível notar que os valores estão dispersos e muito acima da diagonal. Isto indica uma tendência do método CBCL a ter um escore T superior ao da SCICA. Os valores da

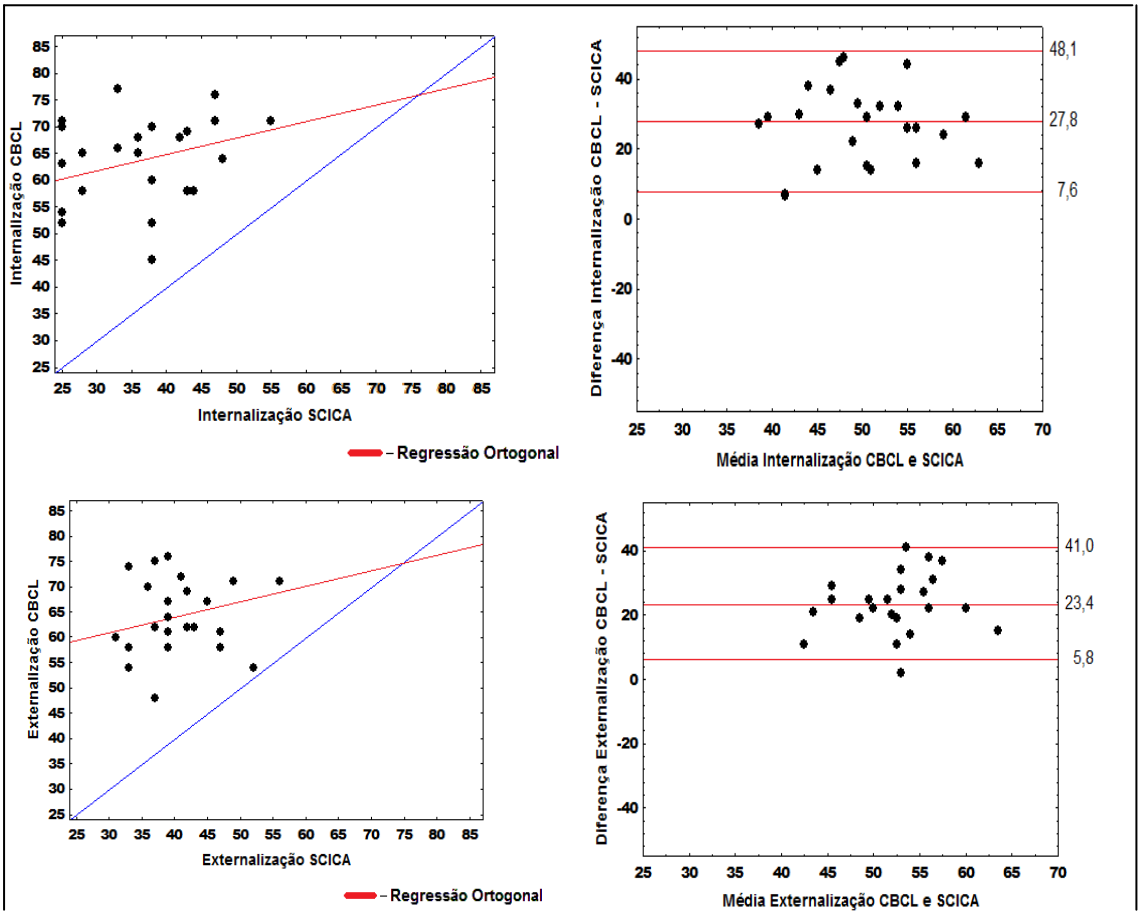
---

[13] Ansiedade; Ansiedade/ Depressão; Retraimento[a]/ Depressão, Problemas com o pensamento, Comportamento Agressivo, Violação de Regras, Problemas de Atenção, Agressividade/ Autocontrole.

[a] A escala "*Withdrawn/ Depressed*" do CBCL, na primeira tradução para o português recebeu a nomenclatura "Isolamento/ Depressão", como consta no gráfico, já na versão atual do instrumento recebeu o nome "Retraimento/ Depressão", como consta na legenda.

direita, por sua vez, revelam um intervalo de grande amplitude, variando de 31,8 a 46,2 pontos de escore T. Para “Ansiedade” observou-se que através do CBCL obtém, em média um escore T de 24,4 pontos a mais do método SCICA. Para “Ansiedade/Depressão” e “Comportamento Agressivo” esta diferença é de 20,4 pontos, para “Retraimento/ Depressão” é de 19,6, para “Problemas de pensamento” é de 38, para “Violação de regras” é de 14,2, para “Problemas de atenção” é de 19 e para “Agressividade/ Autocontrole” é de 26,5 pontos de escore T.

Assim como para as escalas síndromes, nas Escalas Globais também foi identificada a mesma tendência de haver uma concentração de valores dispersos e acima da diagonal, como pode ser visto na Figura 11 abaixo.



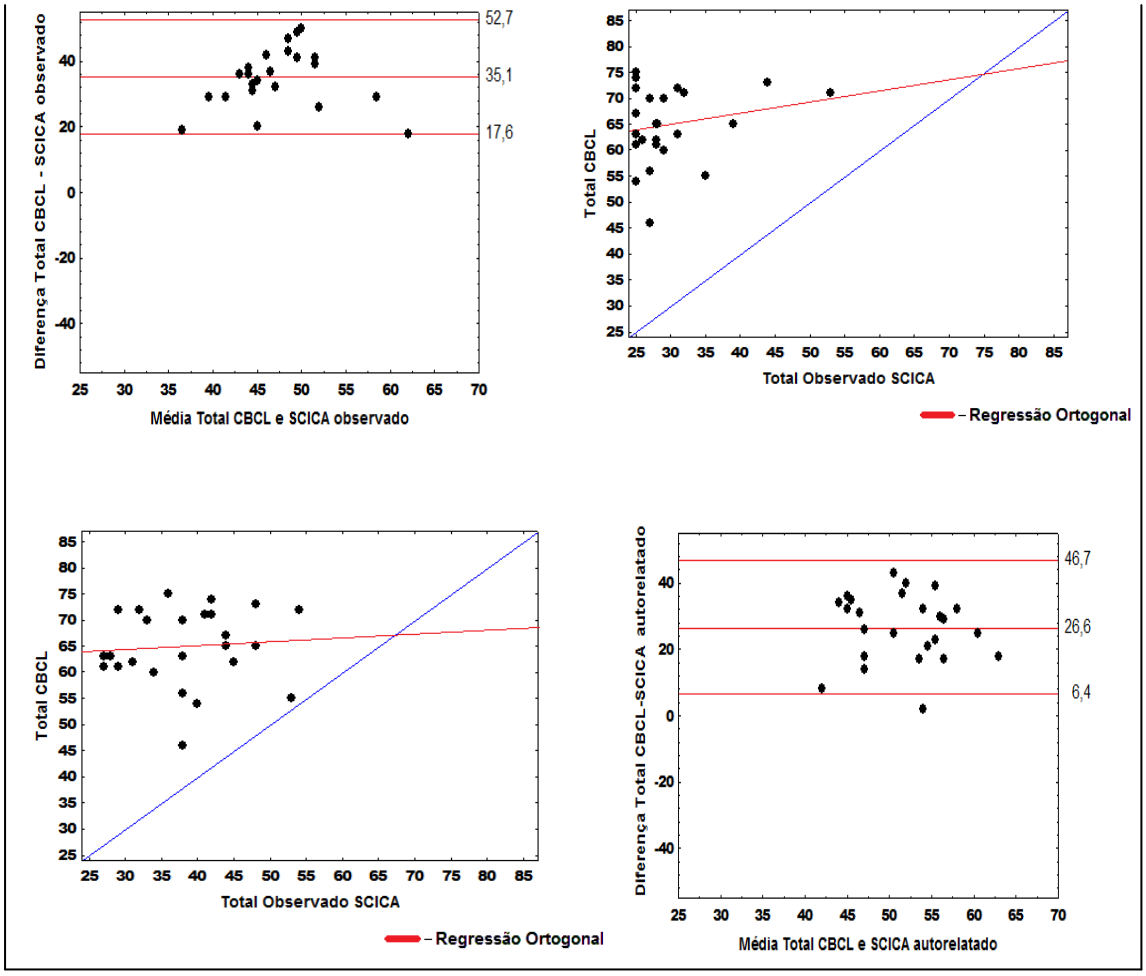


Figura 11. Análise de Bland-Altman entre as diferenças nas avaliações da realizadas pelos pais (CBCL) e pelo clínico/ criança (SCICA) para as escalas globais[14].

Para as escalas globais a amplitude do gráfico de dispersão foi de 35,1 pontos de escore T para TP *versus* TPObs, 35,2 pontos para EE, 40,3 pontos para TP *versus* TPAuto, e 40,5 pontos para EI. Em média, pelo método CBCL o participante obtém 27,8 pontos de T escore a mais do que pela SCICA para as dificuldades internalizantes, 23,4 pontos de T escore para as dificuldades externalizantes, 35,1 pontos quando se considera o Total de Problemas, em relação ao que foi observado em sessão, e 26,6

[14] Escala de Internalização; Escala de Externalização; Total de Problemas *versus* Total de Problemas Observados; Total de Problemas *versus* Total de Problemas Autorrelatados

pontos de T escore a mais para o Total de Problemas, considerando os problemas autorrelatados.

Aplicar o método Bland-Altman nos permitiu obter mais detalhes sobre a ausência de concordância, já identificada pelas análises com o coeficiente Kappa e ICC. A utilização desta técnica estatística se mostrou preciosa, pois a plotagem permitiu ir além da identificação de discordância entre avaliações, possibilitando também observar em qual sentido estas discrepâncias ocorreram. Em termos clínicos, os dados revelaram que os pais declaram consideravelmente mais problemas de comportamento em seus filhos do que foi observado pelo psicólogo durante a interação clínico-criança e do que foi relatado pela própria criança durante a entrevista clínica.

Este padrão de relação entre CBCL e SCICA diferiu dos resultados obtidos por outras pesquisas que também utilizaram estes instrumentos de medida. No trabalho de van Gent e colaboradores (2007) com adolescentes surdos, estas taxas de prevalências foram invertidas. No referido estudo, os psiquiatrias ou psicoterapeutas treinados que avaliaram os participantes através da SCICA identificaram uma maior porcentagem de casos na faixa limítrofe e clínica (49,0% – 63,0%) do que os pais e professores em resposta ao CBCL (28,0%) e TRF (32,0 – 34,0%). Para os autores, os problemas de comunicação linguística limitaria a expressão das dificuldades por parte dos adolescentes, bem como a compreensão e discussão destes problemas por parte do ambiente familiar (van Gent et al., 2007). Já no estudo de Amr e colaboradores (2009) os dados de correlação entre as medidas indicaram que as repostas dos pais ao CBCL tinham relação com a entrevista clínica em crianças com doença renal crônica

(Idade média: 12,3 anos para o grupo Diálise e 10,3 anos para o grupo Pré-diálise[15]). Segundos os autores esta correlação forneceu evidências da consistência dos problemas de comportamento das crianças entre os ambientes, ou seja, os padrões comportamentais que ocorriam em casa, avaliados pelos pais, foram autorrelatados pelas crianças durante a entrevista, o que resultado em avaliações semelhantes em relação a constructos como escala de internalização, externalização e total de problemas de comportamento (Amr et al., 2009). Esta correlação encontrada por Amr et al. (2009) é bastante atípica, dado que a "taxa de acordo entre pais e filhos geralmente são baixos em relação aos níveis de problemas de saúde mental" (Stevanovic, Jancic, Topalovic, & Tadic, 2012, p. 141).

Como já pontuado anteriormente, uma das hipóteses para explicar as discordâncias identificadas seria o fato de que mesmo que um comportamento ocorra em mais de um ambiente, as pessoas que lidam com a criança em contextos distintos podem apresentar percepções distintas sobre ele em função das suas próprias características (van der Ende, 1999). Sabendo-se que as características dos pais são importantes fatores a serem considerados na avaliação de problemas psicológicos em crianças (Collins & Laursen, 2004), foram realizadas análises de regressões múltiplas com vistas a identificar se os escores dos cuidadores nas escalas de problemas de comportamento do ASR explicariam a diferença entre as avaliações das dificuldades infantis pelo CBCL e pela SCICA. No apêndice II encontram-se os resultados das análises de regressão.

[15] Os autores do estudo não forneceram a média de idade de toda a amostra de crianças e adolescentes com doença renal crônica, apenas a média de idade para os grupos que compunham o estudo, como apresentado.

Para a maioria das escalas o modelo ajustado, utilizando as escalas síndromes do ASR, foi adequado, com exceção das escalas Problemas com o Pensamento, Problemas de Atenção e Escala de Externalização.

Para as escalas Ansiedade, Comportamento Agressivo, Violação de Regras e Total de Problemas Autorrelatados, o escore dos pais na Escala de Agressividade se mostrou o domínio com maior influência na discrepância entre avaliações. O modelo ajustado aplicado explicou 38,6% da variabilidade total nas avaliações de Ansiedade, sendo que desta 52,6% é atribuída à agressividade dos pais (p=0,003). Para Comportamento Agressivo, foram explicados pela agressividade dos pais 48,1% (p=0,011) de 36,6% de variabilidade total. Para Violação de Regras, foram explicados 100% (p=0,012) de 24,6% da variabilidade total. Para a Escala Total de Problemas Autorrelatados, a agressividade dos pais explicou 54,3% (p=0,019) de 37,3% da variabilidade total identificada pelo modelo.

Para outras duas escalas, os escores dos pais na Escala de Agressividade foi o segundo fator que significantemente explicou a variabilidade identificada entre as avaliações do CBCL e SCICA. O modelo aplicado explicou 44,0% da variabilidade na escala de Ansiedade/Depressão, sendo que os escores dos pais na Escala de Isolamento explicam 39,8% (p=0,004), os escores na Escala de Agressividade explicam 35% (p=0,007) e os escores na Escala de Queixas Somáticas explicam 17,9% da variabilidade total (p=0,046). Para a Escala de Problemas Observados, 61,3% da variabilidade foi explicada em 26,8% pelos escores dos pais na Escala de Violação de Regras (p=0,022) e 26,1% pelos seus escores na Escala de Agressividade (p=0,031).

Por fim, apenas duas escalas não tiveram os escores de agressividade dos pais como fatores explicativos da variabilidade. Para a escala de Retraimento/ Depressão,

dos 40,3% da discrepância entre as avaliações, 36,7% pode ser explicada pelos escores dos pais na escala de Retraimento/ Depressão (*p*=0,032). Já para a escala de internalização, o modelo ajustado explicou 41,5% da variabilidade e destes, 29,3% deve-se aos escores dos pais na Escala de Ansiedade/ Depressão (*p*=0,037), 28,8% na escala de Isolamento (*p*=0,028) e 24,4% na escala de Violação de Regras (*p*=0,017).

Chi e Hinshaw (2002), identificaram que mães depressivas reportam maiores taxas de problemas de comportamento do que os próprios filhos adolescentes. Diversos outros estudos destacam esta relação entre humor depressivos dos pais e maximização das queixas de seus filhos. Para explicar esta relação Richters (1992) formou "hipótese de distorção em função da depressão[16]". Esta hipótese postula que "o humor negativo pode tornar o informante mais propenso para atender, codificar, e lembrar-se de aspectos negativos ao contrário das informações positivas ou neutras sobre o comportamento da criança e predominantemente usar estas informações negativas para a avaliação" (De Los Reyes, Goodman, Kliewer, & Reid-Quinones, 2008, p. 140) [Tradução livre da pesquisadora]. Esta hipótese explicaria o peso das características internalizantes dos pais, tais como Ansiedade/Depressão, Isolamento e Queixas Somáticas, para explicar as discrepâncias entre as suas avaliações de problemas comportamentais e a avaliação realizada pelo clínico, que inclui a observação do comportamento e o autorrelato da criança sobre as suas dificuldades.

Outra característica dos pais que se mostrou muito marcante na análise das discrepâncias foi a agressividade dos pais. Pais agressivos estão propensos a ter atitudes educativas inadequadas, coercitivas e punitivas, que por sua vez podem contribuir para o desenvolvimento de problemas de comportamento externalizantes

[16] Nomenclatura original em inglês: *depression-distortion hypothesis*.

em seus filhos (Marturano, Toller, & Elias, 2005; Silva, Farias, Silvares, & Arantes, 2008). Atitudes agressivas dos pais também podem estar relacionadas a dificuldades internalizantes, pois medo, ansiedade e doenças somáticas são alguns dos comportamentos subprodutos de punição (Skinner, 1953).

Algumas crianças podem se mostrar mais tímidas, quietas, reservadas e/ ou retraídas quando ao interagiram com adultos ou crianças que elas não conhecem (Kagan, 1994). Neste sentido, pode-se pensar que as crianças emitem mais comportamentos desarmoniosos no contexto familiar, do que emitiram ou relataram na entrevista clínica, o que justificaria o fato dos pais apontarem mais dificuldades do que o clínico.

Diversos estudos convergem ao indicar que a presença de discrepâncias pode revelar um conflito subjacente na família, como por exemplo, problemas de comunicação no sistema familiar contribuiriam para que informantes apresentem relatos distintos sobre um mesmo fenômeno (Grills & Ollendick, 2002). Neste sentido, pode-se pensar que: (a) pais agressivos possam estar mais sensíveis a qualquer alteração no ambiente e, em função disto, supervalorizarem e realizam uma avaliação negativa dos comportamentos emitidos pelos seus filhos; (b) ou que os problemas de comunicação intrafamiliar faz com que estes pais não estejam a par da percepção que a criança tem de suas dificuldades e, então, reportam mais dificuldades do que elas.

A disparidade entre os escores no CBCL e na SCICA conduz a algumas outras possíveis explicações. Como é na relação com o ambiente que os comportamentos se estabelecem (Skinner, 1953), pode acontecer de um comportamento ocorrer em um contexto e não ocorrer em outro, o que faz com que pessoas que lidam com a criança em diferentes contextos tenham uma percepção distinta. A segunda hipótese

explicativa seria a de que “as diferenças na estrutura fatorial dos instrumentos pode resultar em diferenças entre as escalas [...]. Embora a estrutura fatorial da SCICA seja bastante semelhante às estruturas CBCL/TRF, inclusive as escalas síndromes têm o mesmo nome, os instrumentos diferem em relação ao conteúdo do item” (Ferdinand et al., 2003, p. 872). Por fim, a última hipótese, também discutida por Ferdinand e colaboradores (2003), responsabiliza a variação do método de avaliação pelas discrepâncias. Enquanto o CBCL é um questionário estruturado, a SCICA é uma entrevista semiaberta que visa abordar uma séria de áreas do funcionamento da criança. Após o término da entrevista, o clínico pontua as suas observações do comportamento e o relato da criança em um formulário fixo. Apesar de ser esperado que uma série de informações seja colhida, pode ocorrer de "nem todos os itens individuais que devem ser marcados sejam necessariamente perguntados durante a entrevista" (Ferdinand et al., 2003, p. 873).

5. Conclusões

Não há um método ou medida cujos resultados sejam definitivos ou um "padrão ouro" para aferir os problemas psicológicos infantis, assim, é necessário incluir o relato de múltiplos informantes neste processo. No entanto, a literatura constantemente reporta haver divergências entre as fontes de informação e tais discrepâncias representam um desafio interpretativo para investigadores que estudam prevalência de problemas de comportamento, fatores de risco, tipos de dificuldades comportamentais que devem ser foco de intervenção e identificação de intervenções baseada em evidências.

A baixa convergência de opiniões entre avaliadores evidencia que todos os métodos de avaliação apresentam uma limitação, e nos permitem concluir que uma boa avaliação exige também a combinação de instrumentos de avaliação, incluindo questionários, observação, teste e entrevistas.

Justamente nestes aspectos é que residem o pioneirismo da presente pesquisa: utilizar um protocolo de entrevista clínica padronizado e baseado em evidência, a SCICA, e incluir o relato do clínico e a da criança, integrados ao dos pais, na fase de avaliação.

A criança ainda não apresenta em seu repertório um conjunto importante de habilidades que os adultos têm para expressar seus pensamentos e sentimentos, assim, a utilização da SCICA, cujo formato é de entrevista semiaberta e de interação lúdica, propiciou a inclusão da criança em seu próprio processo de avaliação e facilitou a obtenção do relato sobre seu comportamento, bem como sobre os antecedentes e os consequentes deste. Como a criança não busca atendimento clínico por vontade

própria, a entrevista clínica se institui numa bela oportunidade para se discutir com a criança possíveis dúvidas e expectativas sobre a terapia, o que auxilia a garantir a sua adesão. Além disto, o momento da entrevista configura o início da vinculação e da formação da aliança terapêutica entre criança e clínico, aspecto que será de grande importância durante a fase de intervenção.

Além da realização da entrevista para obter a observação do comportamento e o relato da criança sobre ele, no presente estudo também utilizamos um questionário para obter a percepção dos pais sobre seus filhos e identificar possíveis discordâncias. Conforme esperado, a comparação das avaliações do CBCL e da SCICA, permitiu identificar que hipótese nula – não haveria concordância entre as avaliações – foi aceita em todas as análises realizadas. De acordo com o que consta na literatura, os níveis de concordância entre os avaliadores (pais *versus* clínico/criança) foram baixos, variando de uma pobre concordância a uma fraca concordância. De modo geral, os pais das crianças encaminhadas para atendimento clínico relataram mais problemas de comportamento do que foi observado pelo avaliador clínico e do que foi relatado pela própria criança durante a entrevista. É possível tecer algumas especulações sobre estes resultados. Uma delas seria de que, como a entrevista foi o primeiro contato da criança com o entrevistador clínico, ela pode ter ficado retraída e desconfortável para comportar-se conforme é o padrão em outros ambientes, como casa ou escola, e também para relatar as dificuldades vivenciadas. Outras hipóteses explicativas recaem sobre os pais. Sabe-se que eles podem vir a maximizar as dificuldades dos filhos em função de fatores como o próprio estresse, as noções que têm como ideal para a sociedade na qual estão inseridos ou a elegibilidade para o tratamento – tendendo a reportar mais aspectos negativos no comportamento de seus filhos com a finalidade

de garantir a vaga para receber atendimento nos serviços de atendimento à comunidade. Enfim, embora haja uma série de possíveis explicações para tais discrepâncias, os achados deste estudo revelaram o peso das características comportamentais dos pais (como escores na escala Agressividade) para explicar a variabilidade entre os CBCL e SCICA e tem valor heurístico para futuras pesquisas que abordem o tema em questão.

Por muito tempo vigorou a tendência de interpretar estas discrepâncias entre informantes simplesmente como erros de medidas, ao invés de explorá-las densamente. No entanto, com o aprofundamento dos estudos sobre múltiplas fontes de informação cada vez mais têm sido reconhecida a validade de tais discrepâncias para a prática clínica. Discrepâncias no relato de múltiplas fontes revelam importantes informações para a avaliação do funcionamento familiar, como a percepção que cada membro têm do ambiente em que estão inseridos e como estes membros se relacionam entre si. Por exemplo, uma mãe pode relatar que determinado comportamento-problema de seu filho ocorre em uma frequência menor ou maior ao que foi relatado pelo pai. No entanto, quando o clínico for discutir tais discrepância com o família, pode vir a saber que o pai trabalha fora durante todo o dia e praticamente não tem contato com o filho, ou, a partir da entrevista com a criança, descobrir que o relacionamento entre pai-filho se dá sob contingências mais firmes e positivas, do que o relacionamento entre mãe-filho e, em função disto, na interação com o pai a criança não emite o comportamento inadequado.

As informações obtidas durante a entrevista clínica (SCICA), articulada a outro questionário de problemas de comportamento também empiricamente baseado (CBCL), representam uma infinidade de perspectivas sobre um mesmo objeto – o

comportamento da criança encaminhada para atendimento. Neste sentido, é extremamente recomendável que, em conversa com as partes envolvidas, o clínico busque identificar o porquê das discrepâncias, explorando com os clientes as diferenças de perspectivas sobre a necessidade de tratamento e qual dificuldade deve ser priorizada na intervenção, bem como discutir as diferenças de atribuições das causas do comportamento, para, deste modo, realizar uma conceituação mais acurada do caso.

Por fim, cabe discutir outro dado de destaque que foi a divergência entre a queixa relatada pelo cuidador no momento de triagem, primeiro contato do paciente com a clínica, e as respostas destes mesmos responsáveis ao CBCL. Convergindo com a literatura, foram principalmente as dificuldades externalizantes, como agressividade ou problemas com a atenção e hiperatividade que implicam em dificuldades escolares, que motivaram os cuidadores a procurar atendimento no serviço-escola, sendo que pouquíssimos cuidadores declararam no primeiro momento buscar ajuda por dificuldades internalizantes em seus filhos. Porém, segundo as respostas dos pais ao CBCL, um número equivalente de crianças apresentou dificuldades internalizantes e dificuldades externalizantes, além disto, quase metade da amostra apresentou escores clínicos na escala de Ansiedade, dificuldade que havia sido pouco relatada na entrevista inicial de triagem. Em outras palavras, o questionário possibilitou não somente identificar a presença das queixas externalizantes, declaradas abertamente durante a entrevista de triagem, mas também identificar a presença de queixas internalizantes. Estes dados evidenciam o valor do CBCL como instrumento de avaliação e triagem. Por se tratar de um questionário amplo e que avalia o repertório geral da criança/adolescente alvo de atenção, o CBCL permitiu ir além da queixa

declarada pelos pais num primeiro momento, configurando-se, no mínimo, como um estímulo para abordar outras áreas do funcionamento da criança e identificar outras possíveis queixas, subjacentes ou não declaradas.

O presente trabalho cumpriu seus objetivos ao identificar e mapear das taxas de concordância entre múltiplos informantes, no entanto, algumas limitações metodológicas deste estudo merecem ser destacadas: (a) número amostral relativamente pequeno, o que não permitiu a realização de análises estatísticas mais robustas; (b) utilização exclusiva de inventário de comportamento que fornecem medidas indiretas (ainda que algumas das escalas da SCICA se baseiem na observação de comportamento se o estudo tivesse utilizado uma medida adicional como alguma entrevista diagnóstica permitiria a comparação da classificação dos casos SCICA como graves); e (c) ausência de normas brasileiras para algumas escalas do CBCL, para o ASR e a SCICA – apesar de estudo recente ter identificado normas para as escalas síndromes e globais do CBCL, os parâmetros para comparação dos escores nas escalas de Competência Social, Problemas Orientados pelo DSM e Outras escalas, bem como todas as escalas da SCICA e ASR, foram derivadas da amostra normativa americana. Cabe apontar uma última limitação enfrentada durante a elaboração desta dissertação, qual seja a ausência de outros estudos investigando a taxa de acordo entre pais e criança em população clínica que se configurassem como base para comparação dos dados obtidos. Talvez essa falta de estudos decorra do recente reconhecimento da criança como fonte válida de informação e da ausência de instrumentos que permitam obter e sistematizar os dados desta avaliação. Mas a questão é que a maioria dos estudos incluindo múltiplas fontes comparavam o relato dos pais ao de adolescentes, e os poucos estudos com a SCICA, em que a criança foi

incluída, era com um grupo de participantes que diferiam da presente amostra por apresentarem uma queixa muito específica, tais como pacientes surdos, com dor crônica ou com problemas renais crônicos.

Achenbach (2011) destaca que os clínicos que possuírem um bom entendimento sobre as avaliações a partir de múltiplos informantes podem adequar os instrumentos de avaliação baseados em pesquisas às necessidades individuais de crianças e suas respectivas famílias. Neste sentido, a despeito das limitações apresentadas e enfrentadas, inerentes ao trabalho científico, analisar as concordâncias e discordâncias entre os instrumentos CBCL e SCICA permitiu não somente atender às preocupações expressas abertamente, mas também identificar as queixas subjacentes e em qual área encontravam-se as reais dificuldades da criança, o que facilitou a delimitação dos objetivos da intervenção, auxiliando a garantir a adesão de todas as partes envolvidas, pais e filhos.

Por fim, à título de finalização cabe comentar que a dificuldade em integrar quantitativamente as informações obtidas a partir das entrevistas com os demais métodos de avaliação limita o seu uso em pesquisas. O protocolo de entrevista utilizado no presente estudo supre esta lacuna, pois permite a observação direta da criança e consequente obtenção de uma série de informações relevantes de forma semiaberta com a possibilidade de quantificação destas observações e do autorrelato da criança. O presente trabalho, não é demais complementar, se constitui no primeiro passo no sentido da utilização da SCICA no Brasil, e estimula a utilização deste valioso protocolo de entrevista para avaliar outros grupos amostrais, bem como a realização de pesquisas focadas na investigação das suas propriedades psicométricas para população brasileira.

6. Referências Bibliográficas[17]

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), pp. 94-98.

Achenbach, T. M. (2011). Commentary: Definitely more than measurement error: But how should we understand and deal with informant discrepancies? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology , 40* (1), 80-86.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist/ and Revised Child Behavior Profile.* Burlington, VT: University of Vermont.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles.* Burlington: University of Vermont.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2004). *Mental health pratitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)* (Fourth ed.). Burlington, Vermont, Estados Unidos: University of Vermont.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles.* Burlington, Vermont, US: Research Center for Children, Youth, & Families.

Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessneer, V., Steinhausen, H. C., et al. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SQD instruments: research findings, applications, and future directions. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49* (3), 251-275.

Achenbach, T. M., McConaughy, S., & Howell, C. (1987). Child/ adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specifity. *Psychocological Bulletin* (101), 213-232.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Amr, M., Bakr, A., El Gilany, A. H., Hammad, A., El-Refaey, A., & El-Mougy, A. (2009). Multi-method assessment of behavior adjustment in children with chronic kidney disease. *Pediatric Nephrology, 24*(2), 341-347.

[17] De acordo com o estilo APA – *American Psychological Association*

Angelini, A.L., Alves, I.C.B.; Custódio, E.M.; Duarte, W.F. & Duarte, J.L.M. (1999). *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Escala Especial. Manual*. São Paulo: CETEPP.

Angold, A., & Egger, H. (2007). Preschool psychopathology: lessons for the lifespan. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry , 48* (10), 961-966.

Anselmi, L., Barros, F., Teodoro, M., Piccinini, C., Menezes, A., Araujo, C., et al. (2008). Continuity of behavioral and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence in a developing country. *The Jounral of Child Psychology and Psychiatry , 49* (5), 499-507.

Ariés, P. (1981). *História social da criança e da família.* Rio de Janeiro: LTC.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2009). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Recuperado em 15 de janeiro, 2013, de http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301

Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry , 49* (3), 226-236.

Bland, J. M., & Altman, D. G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*, 307-310.

Bolsoni-Silva, A., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva , 5* (2), 91-103.

Bolsoni-Silva, A., Marturano, E., Pereira, V., & Manfrinato, J. (2006). Habilidades sociais e problemas de comportamento de pré-escolares: comparando avaliações de mães e de professoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 460-469.

Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. T., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. et al. (no prelo). Child Behavior Checklist/CBCL, Youth Self-Report/YSR and Teacher's Report Form/TRF: an overview of the development of original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública.*

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

Brasil. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei n° 8.069 de 13 de julho de 1990.* Brasília, DF: Editora Saraiva.

Campezato, P. V., & Nunes, M. L. (2007). Caracterização da Clientela das Clínicas-Escola de Cursos de Psicologia da Região. *Psicologia: Reflexão e Crítica , 20* (3), 376-388.

Cantwell, D. P. (1996). Classification of child and adolescent psychopatology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry , 37* (1), 3-12.

Carter, A. S., Godoy, L., Marakovitz, S. E., & Briggs-Gowan, M. J. (2009). Parental reports and infant-toddler mental health assessment. In C. H. Zeanah Jr. (Org.), *Handbook of Infant Mental Health* (4th ed). New York, NY: Guilford Press.

Chan, Y. H. (2003). Biostatistics 104: Correlational Analysis. *Singapore Medical Journal, 44(12), 614-619.*

Chi, T. C., & Hinshaw, S. P. (2002). Monther-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Adnormal Child Psychology* (30), 387-400.

Collins, W. A., & Laursen, B. (2004). Parent-adolescent relationships and influences. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology* (pp.331–361,2 Edição). Hoboken, N. J.: Wiley.

Copeland, W., Shanahan, L., Costello, E., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry, 66* (7), 764-772.

Costello, J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burder. *Journal pd the American of Child & Adolescent Psychiatry , 44* (10), 972-986.

De Los Reyes, A., Goodman, K. L., Kliewer, W., & Reid-Quinones, K. (2008). Whose depression relates to discrepancies? Testing relations between informant characteristics and informant discrepancies from both informants' perspectives. Psychological Assessment, 20, 139–149.

De Los Reyes, A., & Kazdin, A. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin, 131* (4), 483-509.

Dirks, M. A., De Los Reyes, A., Briggs-Gowan, M., Cella, D., & Wakschlag, L. S. (2012). Annual Research Review: Embracing not erasing contextual variability in children's behavior – theory and utility in the selection and use of methods and informants in developmental psychopathology. *The Authors. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*(5), 558-574

Dumenci, L., Achenbach, T. M., & Windle, M. (2011). Measuring context-specific and cross-contextual components of hierarchical constructs. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *33*(1), 3-10.

van der Ende, J. (1999). Multiple informants: Multiple views. In H.M. Koot, A.A.M. Crijnen, & R.F. Ferdinand (Eds.), *Child psychiatric epidemiology. Accomplishments and future directions* (pp. 39–52). Assen, The Netherlands: Van Gorcum.

Ferdinand, R., Hoogerheide, K., Van Der Ende, J., Visser, J., Koot, H., Kasius, M., et al. (2003). The role of the clinician: three-year predictive value of parents', teachers', and clinicians' judgment of childhood psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44* (6), 867-876.

Ferreira, M. C., & Marturano, E. M. (2002). Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexção e Crítica , 15* (1), 35-44.

Fleiss, J. (1981). *Statistical methods for rates and proportions* (2th Ed.). New York: John Wiley & Sons.

Fleitlich, B., & Goodman, R. (2000). Epidemiologia. *Revista Brasileira de Psiquiatria , 22*(2), 2-6.

Frank, S. J., Van Egeren, L. A., Fortier, J. L., & Chase, P. (2000). Structural, relative, and absolute agreeement between parents' and adolescent inpatients' report of adolescencent functional impairment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(4), 395-402.

Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *14*(28), 139-152.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (n.d.). *A Convenção sobre os Direitos da Criança.* Recuperado em 15 de janeiro, 2013, de http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Gauy, F. V., & Guimarães, S. S. (2006). Triagem em saúde mental infantil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22*, 05-16.

van Gent, T., Goedhart, A., Hindley, P., & Treffers, P. (2007). Prevalence and correlates of psychopathology in a sample of deaf adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48* (9), 950-958.

Gonçalves, A. P. (2008). *Estilos de vinculação e aliança terapêutica na psicoterapia infantil.* Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.

Grills, A. E., & Ollendick, T. H. (2002). Issues in parent–child agreement: The case of structured diagnostic interviews. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 57–83.

Hayes, S., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional.Dimensional Approac to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (6), 1152-1168.

Kagan, J. (1994). *Galen's prophecy*. New York: Basic Books

Kagan, J., Snidman, N., McManis, M., Woodward, S., & Hardway, C. (2002). One measure, one meaning: multiple measures, clearer meaning. *Development and Psychopathology , 14* (3), 463-475.

Khater, M. A., Amr, M. A., & El-Deek, B. (2005). Reliability and Validity of the Arabic Version of The Semi Structured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA). *International Journal of Children Neuropsychiatry, 2*(20), 111-118.

Kerr, D. C., Lunkenheimer, E. S., & Olson, S. L. (2007). Assessment of child problem behaviors by multiple informants: A longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48* (10), 967-975.

Knook, L. M., Konijnenberg, A. Y., van der Hoeven, J., Kimpen, J. L., Buitelaar, J. K., van Engeland,H., & de Graeff-Meeder, E. R. (2011). Psychiatric disorders in children and adolescents presenting with unexplained chronic pain: what is the prevalence and clinical relevancy? *European Child & Adolescent Psychiatry, 20*(1), 39–48.

Kotz, S., & Johnson, N. L. (1983). *Encyclopedia of statistical sciences*. 4° Edição. New York: John Wiley & Sons.

Kraemer, H., Measelle, J., Ablow, J., Essex, M., Boyce, W., & Kupfer, D. (2003). A New Approach to Integrating Data From Mutiple Informants in Psychiatric Assessment and Research: Mixing and Matching Contexts and Perspectives. *The American Journal of Psychiatry , 160* (9), pp. 1566-1577.

Landis, J. R, & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33,* 159-174.

Low, S. M., & Stocker, C. (2005). Family functioning and children's adjustment: associations among parents' depressed mood, marital hostility, parent-child hostility, and children's adjustment. *Journal of Family Psychology*, *19*(3), 394-403

Marinho, M. L. (2005). Um programa estruturado para o treinamento de pais. In: V. E. Caballo, & M. (. Simón, *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente – Transtornos específicos* (pp. 417-443). São Paulo: Livraria Santos.

Marturano, E. M., Toller, G. P., & Elias, L. S. (2005). Gênero, adversidade e problemas socioemocionais associados à queixa escolar. *Estudos de Psicologia (Campinas), 22,* 4, 371-380.

Mash, E., & Hensley, J. (2010). Assessment of childhood disorders. In: E. Mash, & R. Barkley, *Assessment of childhood disorders* (pp. 3-51). New York, NY: Ghilford Press.

Massola, G. M, & Silvares, E. F. M. (2005). A Percepção do Distúrbio de Comportamento Infantil por Agentes Sociais versus Encaminhamento para Atendimento Psicoterapêutico. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 39(1), 139-150

McConaughy, S. H. (2005). *Clinical Interviews for Children and Adolescents: Assessment to Intervention.* New York, NY: Guilford Press.

McConaughy, S. H., & Achenbach, T. M. (2001). *Manual for the Semistructured Clinical Interview for Children And Adolescents* (2° edição ed.). Burlington, Vermont: University of Vermont.

McElroy, E. M., & Rodriguez, C. M. (2008). Mothers of children with externalizing behavior problems: cognitive risk factors for abuse potential and discipline style and practices. *Child Abuse & Neglect, 32*, 774-784.

Montgomery, E. (2008). Self- and parent assessment of mental health: disagreement on externalizing and internalizing behaviour in young refugees from the Middle East. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 13* (1), 49-63.

Moraes, D. I. (2010). Caso clínico: formulação comportamental. In: A. K. colaboradores., *Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso.* (pp. 171-178). Porto Alegre: Artmed.

Nascimento, C. T., Brancher, V. R., & Oliveira, V. F. (2008). A Construção Social do Conceito de Infância: uma tentativa de reconstrução historiográfica. *Linhas*, 9 (1), 4-18 .

Neno, S. (2003). Análise funcional: definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* (5), 151-165.

Pasquali, L., Wechsler, S.M. & Bensusan, E. (2002). Matrizes Progressivas do Raven Infantil: um estudo de validação para o Brasil. *Avaliação Psicológica*, 1(2), 95-110.

Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children: A critical review of the evidence fordistortion. *Psychological Bulletin*, 112, 485–499

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

Roberts, B. W., & Caspi, A. (2001). Authors' response. Personality development and the person-situation debate:It's déjà vu all over again. *Psychological Inquiry, 12*, 104–109

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

Rocha, M.M., Rescorla, L. A., Emerich, D. R., Silvares, E. F., Borsa J. C., Araújo, L. G. et al. (2012). Behavioural/emotional problems in Brazilian children: findings from parents' reports on the Child Behavior Checklist. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Recuperado em 22 de dezembro, 2012, do CJO (Cambridge Journals Online): http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8751679

Rohenkohl, L. M. I., & Castro, E. K. (2012). Afetividade, conflito familiar e problemas de comportamento em pré-escolares de famílias de baixa renda: visão de mães e professoras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *32*(2), 438-451.

Ross, A. O. (1974). *Psychological disorders of children: A behavioral approach to theory, research, and therapy.* New York, NY: McGraw-Hill.

Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: Some issues and questions. Journal of Child Psychiatry. *Journal of Child Psychiatry* (22), 323-356.

Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47* (3/4), 276-295.

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

Salles, L. M. (2005). Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. *Estudos de Psicologia, 22* (1), 33-41.

Santos, L.C. (1999). *Crianças com dificuldades de aprendizagem: um estudo de seguimento.* Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação

em Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SEADE. (2006). *Pesquisa de condições de vida.* São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados.

Shirk, S., & Saiz, C. (1992). The therapeutic alliance in child therapy: clinical, empirical and developmental perspectives. *Development and Psychopathology, 4*, 713-728.

Shrout, P. E. (1998). Measurement reliability and agreement in psychiatric research. *Statistical Methods in Medical Research*, *7*, 301–317.

Siegel, M. (1987). *Psychological testing from early childhood through adolescence.* Madison, CT: International Universities Press.

Silva, M., Farias, M. A., Silvares, E. F. M., & Arantes, M. C. (2008). Adversidade familiar e problemas comportamentais entre adolescentes infratores e não-infratores. *Psicologia em Estudo*, Maringá. 13(4), 791-798.

Silvares, E. F. M. (1991). A evolução do diagnóstico comportamental. *Psicologia Teoria e Pesquisa, 7* (2), 179-187.

Silvares, E. F. M. (2000a). Avaliação e interpretação na clínica comportamental. In: S. E. (org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (Vol. I, pp. 13-29). Campinas, SP: Papirus.

Silvares, E. F. M. (2000b). Terapia comportamental com famílias de crianças agressivas: porque, como e quando. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação, 20*, 24-32.

Silvares, E. F. M. (2007). Clínicas-escola: novas formas de atendimento psicológico. Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 2012-04-27, de http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/47/tde-10092007-123434

Silvares, E. F. M., & Gongora, M. A. N. (1998). *Psicologia clínica comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: EDICON.

Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior.* New York: MacMillan.

Smith, S.R. & Handler, L. (2007). The clinical practice of child and adolescent assessment. In S.R. Smith and L. Handler (Eds.), *The clinical assessment of children and adolescents: A practitioner's handbook* (pp. 1-15). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Sourander, A., Santalahti. P., Haavisto. A., Piha, J., IkAheimo, K., & Helenius H. (2004). Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 43*, 1134–1145.

Stevanovic, D., Jancic, J., Topalovic, M., & Tadic I. (2012). Agreement between children and parents when reporting anxiety and depressive symptoms in pediatric epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 25*, 141–144

Stewart-Brown, S. (2003). Research in Relation to Equity: Extending the Agenda. *Pediatrics, 112*(3), 763-765.

Verhulst, F. C. (1995). Recent developments in the assessment and diagnosis of child psychopathology. *European Child and Adolescent Psychiatry, 11*(3), 203-212.

Watkins, C. E., Campbell, V. I., Nieberding, R., & Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologist. *Professional Psychology Research and Practice,* (26), 54-60.

Whiffen, V. E., Kerr, M. A., & Kallos-Lilly, V. (2005). Maternal depression, adult attachment and children's emotional distress. *Family Process Journal*, *44*(1), 93-103.

World Health Organization (WHO). (1995). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organization Technical Report Series*, 854, 1-452.

Yeh, M., & Weisz, J. (2001). Why are we here at the clinic? Parent-child (dis)agreement on referral problems at outpatient treatment entry. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 69*, 1018-1025.

7. Apêndices

APÊNDICE I - Formulário para avaliação de dados demográficos e socioeconômicos

IDENTIFICAÇÃO

Nome do responsável:
_____ Idade _____
Nome da criança:
_____
Idade _____
Telefones:
_____
Endereço:
_____
_____

ÍNDICE DE ADVERSIDADE FAMILIAR

Número de pessoas morando na mesma casa _____

Há discórdia conjugal _____

Quantos filhos _____

Renda Familiar _____

1.☐ possuem nenhuma renda 2.☐ até 1 SM 3.☐ de 2 a 4 SM 4.☐ de 5 a 8 SM
5.☐ de 9 a 12 SM
6.☐ acima de 12 SM 7.☐ dado não disponível

Existência de psicopatologia na família _____

CRITÉRIO BRASIL 2009 – SISTEMA DE PONTOS

O sistema de pontuação é baseado na posse de bens de consumo duráveis, instrução do chefe da família e outros fatores, como a presença de empregados domésticos.

Responder sobre a quantidade dos itens:

Quantos televisores em cores = ____
Quantos videocassetes e/ou aparelhos de DVD = ___
Quantos rádios = ____
Quantos banheiros = ____
Quantas empregadas mensalistas = ____

Quantas máquinas de lavar = ____
Quantas geladeiras = ____
Quantos freezers (independente ou 2ª porta da geladeira) = ___
Quantos automóveis = ___

Responder sobre o grau de instrução

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA	PONTOS	NOMENCLATURA ATUAL
Analfabeto/Primário incompleto	0	Analfabeto / até 3ª Série Fundamental
Primário completo/Ginasial incompleto	1	4ª Série Fundamental
Ginasial completo/Colegial incompleto	2	Fundamental Completo
Colegial completo/Superior incompleto	4	Médio Completo
Superior completo	8	Superior Completo

PARA CORREÇÃO DO CRITÉRIO BRASIL – 2009

Pontuar cada item: Na tabela abaixo, verifique quantos pontos vale a quantidade de cada um dos itens e assinale quantos pontos você alcançou em cada item. Veja que a quantidade de cada item está indicada no alto da tabela e a pontuação para cada quantidade está indicada no corpo da tabela (parte sombreada). Por exemplo, ter 01 aparelho de TV em cores vale 01 ponto, ter 02 aparelhos vale 02 pontos e assim por diante.

Posse de Itens	Não tem	T E M (Quantidade)			
		1	2	3	4 ou +
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/ DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Máquinas de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (*)	0	2	2	2	2
Automóveis	0	4	7	9	9

Legenda:
(*) Independente ou 2ª porta da geladeira

Total de pontos no Critério Brasil: _____

Classe: 1.☐ A1 2.☐ A2 3.☐ B1 4.☐ B2 5.☐ C1 6.☐ C2 7.☐ D 8.☐ E

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

APÊNDICE II – Análises de Regressão Múltiplas

Variável	modelo			coef. de regressão ***																									
	coef. de correlação*	teste ajuste**		constante estimativa		ASR Ansiedade / depressão estimativa			ASR Isolamento estimativa			ASR Queixas somáticas estimativa			ASR Problemas com o pensamento estimativa			ASR Problemas com a atenção estimativa			ASR Agressividade estimativa			ASR Violação de regras estimativa			ASR Intrusivo estimativa		
		valor - p	conclusão a 5%	valor	valor - p	valor	% part	valor - p	valor	% part	valor - p	valor	% part	valor - p	valor	% part	valor - p	valor	% part	valor - p	valor	% part	valor - p	valor	% part	valor - p	valor	% part	valor - p
CBCL Ansiedade/depressão - SCICA Ansiedade																													
modelo inicial																													
	0,396	0,306	aceita H0	-14,734	0,561	0,105	6,0%	0,811	-0,615	28,4%	0,233	0,311	12,7%	0,331	0,003	0,1%	0,994	-0,154	7,1%	0,647	0,985	41,9%	0,049	0,067	2,6%	0,877	-0,034	1,1%	0,929
modelo final																													
	0,386	0,015	rejeita H0	-17,607	0,261				-0,582	32,7%	0,069	0,295	14,8%	0,235							1,015	52,6%	0,003						
CBCL Ansiedade/depressão - SCICA Ansiedade/Depressão																													
modelo inicial																													
	0,488	0,129	aceita H0	-18,623	0,450	0,310	10,8%	0,468	-1,112	31,5%	0,034	0,548	13,7%	0,087	-0,056	1,1%	0,889	-0,345	9,8%	0,297	0,869	22,7%	0,071	0,334	8,1%	0,427	0,124	2,4%	0,739
modelo final																													
	0,440	0,016	rejeita H0	-20,302	0,251				-1,076	39,8%	0,004	0,543	17,9%	0,046							1,024	35,0%	0,007	0,231	7,3%	0,509			
CBCL Isolamento/depressão - SCICA Isolamento/Depressão																													
modelo inicial																													
	0,467	0,161	aceita H0	-11,784	0,702	0,643	24,4%	0,237	-0,59	18,1%	0,343	-0,398	10,8%	0,308	0,256	5,3%	0,614	-0,433	13,3%	0,297	0,517	14,6%	0,372	0,516	13,6%	0,331	-0,003	0,0%	0,995
modelo final																													
	0,403	0,029	rejeita H0	-0,470	0,127	0,935	36,7%	0,032	-0,784	24,9%	0,108							-0,486	15,4%	0,206				0,846	23,1%	0,057			
CBCLP. Pensamento - SCICA Linguagem/Problemas Motores																													
modelo inicial																													
	0,340	0,452	aceita H0	-15,833	0,582	0,043	2,3%	0,932	-0,839	37,4%	0,156	-0,061	2,5%	0,864	0,319	9,5%	0,502	0,421	18,8%	0,279	0,171	7,0%	0,749	0,501	19,2%	0,313	0,109	3,3%	0,802
modelo final																													
	0,303	0,051	aceita H0	-1,654	0,913				-0,728	41,3%	0,030							0,458	25,9%	0,158				0,67	32,7%	0,080			
CBCL Agressividade - SCICA Agressividade/Violação de regras																													
modelo inicial																													
	0,413	0,266	aceita H0	-32,325	0,289	0,405	18,0%	0,440	-0,202	7,3%	0,736	0,524	16,8%	0,174	-0,218	5,3%	0,659	-0,62	22,3%	0,133	0,614	20,4%	0,280	0,131	4,0%	0,797	0,246	6,0%	0,590
modelo final																													
	0,366	0,020	rejeita H0	-31,422	0,111							0,466	24,2%	0,097				-0,475	27,7%	0,127	0,895	48,1%	0,011						
CBCL Violação de regras - SCICA Agressividade/Violação de regras																													
modelo inicial																													
	0,333	0,474	aceita H0	-16,886	0,556	0,422	20,5%	0,400	-0,485	19,0%	0,401	0,4	14,0%	0,272	-0,287	7,6%	0,543	-0,215	8,4%	0,573	0,485	17,6%	0,368	0,29	9,8%	0,553	-0,121	3,2%	0,781
modelo final																													
	0,246	0,012	rejeita H0	-22,92	0,106																0,637	100,0%	0,012						
CBCL P. Atenção - SCICA Problemas de atenção																													
modelo inicial																													
	0,180	0,880	aceita H0	19,266	0,653	-0,130	7,8%	0,860	-0,175	8,5%	0,837	0,118	5,1%	0,825	-0,754	24,5%	0,291	-0,079	3,8%	0,889	0,274	12,2%	0,731	0,831	34,5%	0,263	-0,112	3,7%	0,863
modelo final																													
	0,067	0,210	aceita H0																										

Variável	modelo			coef. de regressão ***																									
						ASR Ansiedade / depressão			ASR Isolamento			ASR Queixas somáticas			ASR Problemas com o pensamento			ASR Problemas com a atenção			ASR Agressividade			ASR Violação de regras			ASR Intrusivo		
	coef. de correlação*	teste ajuste**		constante estimativa		estimativa			estimativa			estimativa			estimativa			estimativa			estimativa			estimativa			estimativa		
		valor - p	conclusão a 5%	valor	valor - p	valor	% part	valor - p	valor	% part	valor - p	valor	% part	valor - p	valor	% part	valor - p	valor	% part	valor - p	valor	% part	valor - p	valor	% part	valor - p	valor	% part	valor - p
CBCL Escala de Internalização - SCICA Escala de Internalização																													
modelo inicial																													
	0,492	0,123	aceita H0	-18,699	0,528	0,765	23,2%	0,148	-0,953	23,4%	0,120	0,183	4,0%	0,621	-0,015	0,2%	0,975	-0,746	18,3%	0,071	0,01	0,2%	0,986	1,033	21,8%	0,053	0,537	8,9%	0,240
modelo final																													
	0,415	0,024	rejeita H0	13,111	0,445	0,882	29,3%	0,037	-1,072	28,8%	0,028							-0,654	17,5%	0,086				1,057	24,4%	0,017			
CBCL Escala de Externalização - SCICA Escala de Externalização																													
modelo inicial																													
	0,319	0,514	aceita H0	-6,739	0,821	0,404	18,6%	0,437	-0,267	10,0%	0,654	0,447	14,8%	0,239	-0,334	8,4%	0,497	-0,499	18,6%	0,218	0,254	8,7%	0,647	0,574	18,4%	0,266	-0,103	2,6%	0,819
modelo final																													
	0,153	0,053	aceita H0	-0,367	0,975	0,385	100,0%	0,053																					
CBCL Escala Total de Problemas de Comportamento - SCICA Total de problemas observados																													
modelo inicial																													
	0,629	0,018	rejeita H0	-32,021	0,155	0,279	11,6%	0,465	-0,529	17,7%	0,236	0,017	0,5%	0,951	0,495	11,1%	0,180	-0,504	16,9%	0,097	0,55	17,0%	0,189	0,823	23,7%	0,039	0,065	1,5%	0,844
modelo final																													
	0,613	0,001	rejeita H0	-34,201	0,045				-0,409	15,9%	0,172				0,559	14,6%	0,074	-0,427	16,6%	0,106	0,728	26,1%	0,031	0,801	26,8%	0,022			
CBCL Escala Total de Problemas de Comportamento - SCICA Total de problemas autorrelatados																													
modelo inicial																													
	0,526	0,083	aceita H0	-42,706	0,145	0,468	14,6%	0,348	-0,78	19,6%	0,181	0,401	9,0%	0,267	-0,297	5,0%	0,527	-0,489	12,3%	0,206	0,572	13,3%	0,287	0,756	16,4%	0,131	0,579	9,9%	0,191
modelo final																													
	0,373	0,006	rejeita H0	-51,7	0,029																0,657	54,3%	0,019				0,752	45,7%	0,044

%part- porcentagem de influencia da variavel no modelo ; em vermelho **- rejeita H0 a nivel de 5% ou seja, valor significante**

* coef de correlação de multipla

**** Teste de ajuste do mdelo**

HIPÓTESES DO TESTE Ho :o modelo ajustado não é adequado

Ha :o modelo ajustado é adequado

***** Teste dos coeficientes da regressão**

HIPÓTESES DO TESTE Ho :o coeficiente da regresão é igual a zero

Ha :o coeficiente da regresão é diferente de zero

8. Anexos

ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar as dificuldades comportamentais e emocionais de crianças com idade entre 7 e 11 anos, encaminhadas para atendimento em serviços de saúde mental, a partir da perspectiva dos pais/cuidadores e do psicólogo clínico. Para tal solicitamos a sua participação e autorização para a realização de avaliação clínica de seus filhos na qualidade de colaboradores do estudo. Os dados para o estudo serão coletados com cuidador principal e com a criança: (a) com o cuidador principal - será realizada a aplicação de questionários para avaliação comportamental e formulário para obtenção de dados demográficos e socioeconômicos; (b) com a criança - será realizada uma entrevista clínica semiestruturada e avaliação cognitiva, sendo que estas entrevistas das crianças poderão ser filmadas. As fitas ficarão guardadas no Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da USP e somente a pesquisadora responsável terá acesso a elas. Estas gravações poderão ser assistidas para a observação do comportamento do participante e supervisão do atendimento, caso seja necessário. Depois de concluída a pesquisa as fitas ficarão reservadas em arquivo, no mesmo laboratório. O material e o contato interpessoal oferecerão riscos mínimos, físicos e/ou psicológicos, aos colaboradores. Os participantes não serão obrigados a participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento, retirando este consentimento, sem quaisquer conseqüências, penalizações ou prejuízos. Os assuntos abordados poderão ser publicados sem a identificação dos colaboradores ou da instituição onde os dados foram coletados. Após a realização das avaliações, a pesquisadora elaborará um relatório a respeito destas para que o mesmo seja arquivado no prontuário do paciente em questão de modo a permitir que o psicólogo que atenderá esta criança na fase terapêutica possa ter um panorama das dificuldades das crianças segundo a avaliação clínica e do cuidador principal, para, assim, elaborar seu plano de intervenção. Quaisquer dúvidas que existirem agora ou a qualquer momento poderão ser esclarecidas, bastando entrar em contato pelo telefone abaixo mencionado. Qualquer denúncia ou questionamento podem ser reportados ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo – SP. Uma cópia do termo de consentimento ficará sob seus cuidados e outra com os pesquisadores.

Obrigada.

Deisy Ribas Emerich – Telefone: (11) 3091-1961.
Av Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco F, sala 30
Cidade Universitária – São Paulo, SP

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o(a) senhor(a) _____, responsável legal pelo sujeito de pesquisa, após leitura da CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito de pesquisa a partir de decisão de seu representante legal pode, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

_____
Nome e assinatura do representante da pessoa.

Eu*, Deisy Ribas Emerich*, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao responsável legal pelo sujeito de pesquisa

_____
Assinatura do Pesquisador

ANEXO II - Termo de Assentimento Informado

Assentimento Informado para participação na pesquisa "Avaliação de problemas de comportamento a partir de múltiplos informantes: convergências e discrepâncias nas avaliações realizadas por pais/cuidador principal e pelo clínico"

Este formulário de assentimento informado é para crianças entre as idades de 7 a 11 anos que comparecerão a serviços de saúde mental e que estamos convidados para participar de uma avaliação clínica, para melhor compreensão da queixa.

Nome da criança: _____

Parte I – Informações sobre a pesquisa

Meu nome é Deisy Emerich e o meu trabalho é avaliar problemas de comportamento em crianças, para ver qual é a dificuldade da criança e ver qual é a melhor forma de ajuda a criança a superar esta dificuldade. Às vezes, as pessoas percebem a mesma coisa de formas diferentes, por exemplo, o que percebo de uma criança, pode ser diferente da que o pai, mãe ou professor podem perceber, porque a criança se comporta de forma diferente com cada uma das pessoas. Queremos saber em que estas duas avaliações, a minha e a do seu pai/mãe/responsável, são parecidas e em que elas são diferentes. É um pouco sobre isto que vamos conversar, eu vou informar você e convidá-lo a participar desta pesquisa. E você pode escolher se quer participar ou não. Discutimos esta pesquisa com seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos pedindo seu acordo. Se você vai participar na pesquisa, seus pais ou responsáveis também terão que concordar. Mas se você não desejar fazer parte na pesquisa, não é obrigado, mesmo que seus pais concordem.

Você pode discutir qualquer coisa deste formulário com seus pais, amigos ou qualquer um com quem você se sentir a vontade de conversar. Você pode decidir se quer participar ou não depois de ter conversado sobre a pesquisa e não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que você não entenda ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente, porque você ficou mais interessado ou preocupado. Quando você tiver alguma dúvida, por favor, me fale a qualquer momento e eu explicarei. Para que eu possa entender melhor as crianças, quais são as dificuldades, conhecer um pouco sobre o que elas fazem, o que elas gostam e o

o que você disser, a menos que você disser que posso contar. A única coisa que eu teria que contar para os seus que não gostam, eu passo um tempo conversando com elas sobre diversas atividades na escola, em casa, com os amigos. Além de conversar, nós faremos algumas atividades, como desenhos, e outro "jogo" em que eu vou te mostrar algumas figuras/imagens e você vai me falar ou mostrar qual as opções é a que está faltando na figura e que completa a seqüência.

Se você decidir participar desta pesquisa, nós vamos passar algum tempo conversando e fazendo algumas atividades juntos, para que assim eu possa conhecer mais sobre você. Isto que nós conversarmos será uma conversa privada, ou seja, vai ficar entre a gente. Eu não vou contar para os seus pais ou seus professores pais é se você me falar que vai se machucar, machucar alguém ou se alguém machucou você. Os momentos que ficarmos juntos conversando, poderão ser gravados por uma filmadora, e isto vai me ajudar a lembrar do tempo que passamos juntos.

Nossas conversas geralmente não têm risco algum, no entanto, poderemos comentar sobre algum tema que te deixe triste ou preocupado, com vontade de chorar. Se isto acontecer poderemos conversar mais sobre isto e para entender o que está acontecendo.

Talvez agora, neste momento,não ocorra nenhum mudança na sua vida. Mas esta pesquisa irá nos ajudar a entender melhor quais as dificuldades que as crianças, como você, que buscam atendimento na clínica apresentam. Com isto, vai ser possível pensar em melhores formas de atender você e as outras crianças.

Como eu falei, tudo o que conversamos ficará entre nós. Talvez eu tenha que conversar sobre isto com outros colegas que tenham o mesmo trabalho que o meu. Se isto acontecer, eu não vou mencionar seu nome ou nenhuma informação que permita que eles identifiquem quem você é.

Você não é obrigado a participar desta pesquisa. Ninguém ficará bravo ou desapontado com você se você disser não, a escolha é sua. Você pode pensar nisto e falar depois se você quiser. E se você dizer "sim" agora e depois não quiser mais, também ficará tudo bem.

Você entendeu tudo o que eu falei? Se você ficou com alguma dúvida, pode me perguntar agora ou, se depois aparecer alguma dúvida sobre isso, pode pedir para os pais me ligarem para a gente conversar. Eles tem o meu telefone. Se você quiser falar com outra pessoa tal como os seus professores, pais, avós, tios, não tem problema.

Parte II – Termo de Assentimento

Eu entendi que a pesquisa é sobre uma avaliação sobre as dificuldades comportamentais e emocionais de crianças, e que a percepção dos meus pais/cuidadores será comparada com a percepção que a psicóloga tiver, para ver o que tem em comum e o que é diferente.

Eu entendi que vou passar um tempo conversando com a psicóloga sobre diversas atividades na escola, em casa, com meus amigos. Vamos conversar sobre o que me atrapalha no dia-a-dia, o que eu gosto de fazer, do que eu gosto e do que eu não gosto. Também vou participar de uma atividade no qual a psicóloga me mostrará umas figuras/imagens e eu vou ter que adivinhar qual das opções é a que está faltando e que completa a seqüência na figura.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura da criança:_____

Assinatura dos pais:_____

Ass.Pesquisador:_____

ANEXO III – Carta de Aprovação do Comitê de Ética

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/110/11

25 de março de 2011.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua **2ª/11 Sessão Ordinária**, realizada em **18/3/2011**, analisou, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2215**, intitulado "**AVALIAÇÃO INFANTIL: A ENTREVISTA CLÍNICA COM A CRIANÇA E O RELATO DOS PAIS**", do **grupo III**, sob responsabilidade da pesquisadora **Deisy Ribas Emerich** e orientação da Professora **Edwiges Ferreira de Mattos Silvares**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a):- **1)** Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; **2)** Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; **3)** Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa; **4)** Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; **5)** Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Claudio Leone
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. **Edwiges Ferreira de Mattos Silvares**
Departamento de Psicologia Clínica
Instituto de Psicologia da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – CEP 01246-904 – São Paulo – SP
Contato: (55 11) 3061 7779 | coep@fsp.usp.br | www.fsp.usp.br