

Relações entre hipóteses e diagnósticos em avaliações psicológicas de crianças e adolescentes: um estudo empírico

Relationships between hypotheses and diagnoses in psychological assessments of children and adolescents: an empirical study

Relaciones entre hipótesis y diagnósticos en evaluaciones psicológicas de niños y adolescentes: un estudio empírico

Recebido: 03/08/2020

Aprovado: 23/12/2020

Publicado: 27/01/2021

Denise Balem Yates¹

Mônia Aparecida da Silva²

Kaena Garcia Henz³

Daiane Silva de Souza⁴

Renata Gruner⁵

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira⁶

Esta é uma pesquisa documental, de levantamento e correlacional, desenvolvida entre os anos de 2013 a 2014 no Centro de Avaliação Psicológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tendo como objetivo examinar a relação entre as hipóteses diagnósticas iniciais e o diagnóstico final de crianças e adolescentes que realizaram avaliação psicológica. Foram utilizados os laudos psicológicos e o Child Behavior Checklist/6-18 (CBCL6/18) e, dois juízes independentes codificaram as demandas e conclusões descritas nos laudos de acordo com categorias psicopatológicas descritas na quinta edição do manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Os resultados mostraram que há pouca concordância entre os métodos semiestruturado (laudo) e padronizado (Child Behavior Checklist/6-18) para a formulação de hipóteses diagnósticas iniciais ($Kappa \leq 0,253$). Há também pouca concordância entre as hipóteses diagnósticas iniciais (Child Behavior Checklist/6-18) e as conclusões diagnósticas (laudo) ($Kappa \leq 0,250$). Houve maior concordância entre hipótese inicial (laudo) e conclusão diagnóstica (laudo) quando se tratavam de problemas muito específicos, como o transtorno alimentar ($Kappa = 0,662$) e do sono-Vigília ($Kappa = 1,000$). Conclui-se que os métodos utilizados para o levantamento das queixas apresentaram vantagens e desvantagens, sendo esperadas associações relativamente baixas ou moderadas entre métodos independentes de avaliação.

Descritores: Avaliação de sintomas; Diagnóstico; Criança; Adolescente.

This is a documentary, survey and correlational research, developed between the years 2013 to 2014 at the Psychological Assessment Center of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), RS, Brazil, with the objective of examining the relationship between the initial diagnostic hypotheses and the diagnosis end of children and adolescents who underwent psychological evaluation. Psychological reports and the Child Behavior Checklist/6-18 (CBCL6/18) were used, and two independent judges codified the demands and conclusions described in the reports according to psychopathological categories described in the fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. The results showed that there is little agreement between the semi-structured (report) and standardized (Child Behavior Checklist/6-18) methods for the formulation of initial diagnostic hypotheses ($Kappa \leq 0,253$). There is also little agreement between the initial diagnostic hypotheses (Child Behavior Checklist/6-18) and the diagnostic conclusions (report) ($Kappa \leq 0,250$). There was greater agreement between the initial hypothesis (report) and diagnostic conclusion (report) when dealing with very specific problems, such as eating disorder ($Kappa = 0,662$) and sleep-wake ($Kappa = 1,000$). It is concluded that the methods used to raise complaints presented advantages and disadvantages, with relatively low or moderate associations between independent evaluation methods being expected.

Descriptors: Symptom assessment; Diagnosis; Child; Adolescent

Esta es una investigación documental, de análisis y correlacional, desarrollada entre los años 2013 a 2014 en el Centro de Evaluación Psicológica de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), RS, Brasil, con el objetivo de examinar la relación entre las hipótesis diagnósticas iniciales y el diagnóstico final de niños y adolescentes que se sometieron a evaluación psicológica. Se utilizaron informes psicológicos y el Child Behavior Checklist/6-18 (CBCL6/18), y dos jueces independientes codificaron las demandas y conclusiones descritas en los informes según las categorías psicopatológicas descritas en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Los resultados mostraron que hay poca concordancia entre los métodos semiestruturado (informe) y estandarizado (Child Behavior Checklist/6-18) para la formulación de hipótesis diagnósticas iniciales ($Kappa \leq 0,253$). También hay poca concordancia entre las hipótesis diagnósticas iniciales (Child Behavior Checklist/6-18) y las conclusiones diagnósticas (informe) ($Kappa \leq 0,250$). Hubo más concordancia entre la hipótesis inicial (informe) y la conclusión diagnóstica (informe) cuando se trataba de problemas muy específicos, como el trastorno de alimentación ($Kappa = 0,662$) y de sueño-vigilia ($Kappa = 1,000$). Se concluye que los métodos utilizados para el estudio de las quejas presentan ventajas y desventajas, y se esperan asociaciones relativamente bajas o moderadas entre los métodos independientes de evaluación.

Descritores: Evaluación de síntomas; Diagnóstico; Niño; Adolescente

1. Psicóloga. Especialista em Neuropsicologia. Mestre e Doutora em Psicologia. Coordenadora do Centro de Avaliação Psicológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. ORCID: 0000-0002-0879-9270 E-mail: denise.yates@ufrgs.br

2. Psicóloga. Mestre e Doutora e Pós Doutora em Psicologia. Professora da Universidade Federal de São João Del Rei, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-8840-7547 E-mail: monia@ufsj.edu.br

3. Psicóloga. Especialista em Terapia Sistêmica Individual. Porto Alegre, RS, Brasil. ORCID: 0000-0003-4160-5340 E-mail: kaenagh@gmail.com

4. Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental. Especialista em Psicologia Clínica. Mestre em Psicologia. Porto Alegre, RS, Brasil. ORCID: 0000-0003-1715-4172 E-mail: ssouza.daiane@gmail.com

5. Psicóloga. Especialista em Atendimento Clínico com ênfase em Psicanálise. Porto Alegre, RS, Brasil. ORCID: 0000-0001-6556-9087 E-mail: renatagruner@gmail.com

6. Psicólogo. Mestre, Doutor e Pós Doutor em Psicologia. Professor da Universidade de Brasília. ORCID: 0000-0003-2109-4862 E-mail: sergioeduardos.oliveira@gmail.com

INTRODUÇÃO

O psicodiagnóstico é definido como um procedimento científico de investigação e intervenção clínica, limitado no tempo, que emprega técnicas e/ou testes com o propósito de avaliar uma ou mais características psicológicas, visando um diagnóstico (nosológico ou não)¹. De forma geral, são fundamentais oito procedimentos organizados hierarquicamente no diagnóstico psicodiagnóstico: 1) determinar os motivos da avaliação e levantar dados da história pessoal do paciente; 2) definir as hipóteses e os objetivos do processo de avaliação; 3) estruturar um plano de avaliação; 4) administrar as estratégias e os instrumentos de avaliação; 5) corrigir ou levantar as estratégias e/ou instrumentos; 6) integrar os dados colhidos, relacionando com as hipóteses e os objetivos; 7) formular as conclusões; e, 8) comunicar os resultados por meio de entrevista de devolução e de um laudo psicológico².

A etapa de delimitação da demanda é considerada fundamental no psicodiagnóstico, visto que orienta a formulação das hipóteses iniciais e o planejamento da avaliação³. Essa questão irá nortear a avaliação e possibilitará a construção de hipóteses a serem verificadas durante o processo. O levantamento da demanda pode ser feito por meio do emprego de técnicas padronizadas ou não padronizadas. As entrevistas de triagem e anamnese são as principais técnicas não padronizadas de delimitação de demanda. Instrumentos de triagem de problemas de comportamento e de transtornos mentais são exemplos de técnicas padronizadas de levantamento de demanda. A interpretação dos resultados desses instrumentos é realizada comparando-se a frequência e a intensidade dos comportamentos relatados pelos pacientes ou seus responsáveis com dados de amostras normativas⁴.

As técnicas não padronizadas são consideradas menos objetivas e abertas à emergência de conteúdos inesperados⁵. Sua capacidade de captar mais informações relevantes parece estar relacionada a habilidades de *rapport* e à experiência do entrevistador, bem como conhecimentos prévios do psicólogo acerca de desenvolvimento humano e psicopatologia. As técnicas padronizadas, embora mais diretas, têm como ponto positivo a possibilidade de *recordar/explicitar* ao entrevistado comportamentos que o mesmo pode ter esquecido da ocorrência. Além disso, elas fornecem a comparação com amostras normativas, que permitem inferir o quão frequente ou não é a expressão de determinado comportamento ou sintoma.

A partir da coleta das informações da demanda, seja por meio de instrumentos padronizados ou de técnicas não padronizadas, são formuladas as hipóteses diagnósticas, as quais serão testadas por meio de um plano de avaliação². As hipóteses iniciais podem ou não coincidir com os achados da avaliação, em virtude de novos dados coletados com outras fontes de informação e de acordo com o andamento do caso.

Entretanto, é defendida, de forma teórica, a existência de uma associação entre instrumentos de triagem de problemas de comportamento e de transtornos mentais e entrevistas não padronizadas, bem como entre as demandas iniciais e o diagnóstico final. É discutida a importância do uso de múltiplos métodos de avaliação para compreender de forma abrangente a complexidade de um indivíduo¹.

Cada método possibilita uma visão parcial ou incompleta do fenômeno abordado e as associações entre os resultados obtidos através de diferentes métodos ou múltiplos informantes costumam ser de intensidades baixas a moderadas. Estudos que avaliam coleta de informações com múltiplos informantes, mostram algumas divergências entre as percepções de cada parte, mostrando a importância de considerar múltiplos contextos no processo da avaliação^{6,7}.

A relação entre os diferentes métodos de investigação da demanda possui uma particularidade especial no psicodiagnóstico de crianças e de adolescentes, uma vez que a busca pelo atendimento é realizada por adultos (escola ou responsáveis), os quais também serão os

respondentes dos instrumentos de coleta de dados iniciais (entrevistas e instrumentos padronizados). Nesse sentido, é importante ressaltar que as demandas podem variar de acordo com o informante. As respostas a um instrumento de triagem sobre comportamentos e indicadores de transtornos mentais podem ser influenciadas de acordo com a qualidade da relação e a quantidade de tempo que o respondente dedica à criança ou ao adolescente. Essas variáveis podem interferir na maneira com que o avaliando é percebido e, conseqüentemente, nas respostas sobre o seu comportamento⁶.

São muitas as variáveis envolvidas no processo de delimitação de demandas que subsidia a formulação de hipóteses e a construção do plano de avaliação em um psicodiagnóstico. Desse modo, o presente estudo tem como objetivo examinar a relação entre as hipóteses diagnósticas iniciais e o diagnóstico final de crianças e adolescentes que realizaram avaliação psicológica.

MÉTODO

Esta é uma pesquisa documental de levantamento e correlacional, realizada com base em 100 prontuários psicológicos de crianças e adolescente que fizeram avaliação psicológica entre os anos de 2013 a 2014 no Centro de Avaliação Psicológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Todas as avaliações tinham o *Child Behavior Checklist/6-18* (CBCL/6-18)⁸ completo, arquivado junto ao prontuário, assim como os laudos psicológicos. Laudos, segundo a Resolução 06/2019 do Conselho Federal de Psicologia¹⁰:

É o resultado de um processo de avaliação psicológica, com finalidade de subsidiar decisões relacionadas ao contexto em que surgiu a demanda. Apresenta informações técnicas e científicas dos fenômenos psicológicos, considerando os condicionantes históricos e sociais da pessoa, grupo ou instituição atendida.

Essa resolução estipula que o laudo seja estruturado em pelo menos seis seções, a saber: 1) identificação; 2) descrição da demanda; 3) procedimento; 4) análise; 5) conclusão; e 6) referências. Para responder aos objetivos deste estudo, foram analisadas as informações descritas nas seções *descrição da demanda* e *conclusão*. Na seção *descrição da demanda* é feita uma síntese das queixas coletadas com os responsáveis nos dois primeiros atendimentos que compõem as entrevistas iniciais (triagem e anamnese). Na seção *conclusão* são feitas descrições de sintomas psicopatológicos ou de diagnósticos nosológicos, sendo esses últimos baseado nos critérios DSM-IV-TR¹¹.

Por sua vez, o *Child Behavior Checklist/6-18* (CBCL/6-18) é um instrumento respondido pelos responsáveis de crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos e faz parte dos questionários do sistema ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*)^{8,12}. No serviço de avaliação psicológica da UFRGS, ele é aplicado na entrevista inicial (triagem).

Os questionários ASEBA foram adaptados para mais de 23 países, nos quais análises fatoriais confirmatórias apresentaram resultados de ajuste satisfatórios para o modelo de oito variáveis latentes correlacionadas entre si¹³. No Brasil, os questionários do CBCL passaram por análises de sua estrutura que obtiveram, no total, resultados de RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*)=0,023, CFI (*Comparative Fix Index*)=0,903 e TLI (*Tucker-Lewis Index*)=0,900. As cargas fatoriais das escalas variaram de 0,51 para Ansiedade/Depressão a 0,65 para Comportamento Agressivo. As cargas fatoriais dos itens variaram de 0,21 a 0,85. Os resultados das análises realizadas indicaram que o modelo fatorial do CBCL, com oito escalas-síndromes, pode ser utilizado para a população infantil brasileira¹⁴.

O instrumento é composto por 138 itens que investigam aspectos referentes às competências sociais (escalas 'Atividade', 'Escola' e 'Social') e aos problemas de comportamento das crianças e adolescentes. Os itens de problemas de comportamento estão distribuídos no CBCL

em oito escalas-síndromes que correspondem a diferentes problemas de comportamento da criança⁸.

Esses mesmos itens compõem outras três escalas maiores: Problemas Internalizantes (escalas-síndromes de Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas), Problemas Externalizantes (escalas-síndromes de Comportamento Opositor e Comportamento Agressivo) e Comportamento Total (inclui itens de todas as síndromes). Além disso, os 138 itens podem ser classificados em categorias segundo os critérios do DSM-IV¹⁵, resultando em mais seis escalas. Em todas as escalas do CBCL, o escore relativo à criança ou ao adolescente é classificado como *Clínico*, *Limítrofe* ou *Não-Clínico*, de acordo com a amostra normativa de pares⁸.

O processo de codificação dos dados foi feito por um grupo de avaliadores composto por quatro psicólogos (um com mestrado e três com doutorado completo) e por três estudantes de graduação em Psicologia a partir do 8º semestre. Inicialmente foram construídas categorias e definições operacionais de cada uma delas para a codificação das seções *descrição da demanda* e *conclusão* dos laudos. As categorias foram baseadas no DSM-5¹⁶: (A) Problemas Neurodesenvolvimentais; (B) Problemas Psicóticos; (C) Problemas de Humor; (D) Problemas Ansiosos; (E) Problemas de Alimentação; (F) Problemas de Eliminação; (G) Problemas de Sono-Vigília; (H) Problemas de Conduta, Controle de Impulsos e Disruptivos; (I) Problemas da Personalidade e (J) Problemas Somatoformes. Após construídas as categorias foi realizado treinamento para o grupo de avaliadores, seguido por um estudo piloto, no qual 10 laudos foram analisados por sete avaliadores de forma independente.

A codificação da seção *descrição da demanda* foi realizada da seguinte forma: cada avaliador, ao ler o texto descrevendo os motivos para a avaliação, indicou as hipóteses diagnósticas iniciais que poderiam explicar as queixas descritas. Dessa forma, após a leitura, cada avaliador registrou a ausência (registrando zero “0”) ou a presença (registrando um “1”) para cada uma das 10 categorias. Por exemplo, um avaliador deveria codificar “1” para Problemas Neurodesenvolvimentais e “0” para as demais categorias considerando a seguinte descrição: *paciente apresenta dificuldades escolares, com baixas notas, baixas habilidades de leitura e escrita e comportamento inquieto*. Isso porque as queixas poderiam levar à formulação de hipóteses do tipo Deficiência Intelectual, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) ou Transtorno Específico de Aprendizagem.

A codificação da seção *conclusão* foi feita de forma semelhante, contudo os códigos foram: zero “0” para quando a categoria não foi descrita nas conclusões; um “1” para quando foi dado o diagnóstico nosológico referente à categoria indicada; e dois “2” para quando foram descritos sintomas psicopatológicos típicos da categoria, embora não se tenha feita uma conclusão diagnóstica. Para exemplificar, a seguinte descrição ilustrativa de uma conclusão deveria ser codificada com “1” para Problemas Neurodesenvolvimentais, “2” para Problemas Somatoformes e “0” para as demais categorias: *os sintomas do paciente são típicos de um Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade... ainda, foram observadas queixas importantes de dores de cabeça e no estômago, as quais tendem a aparecer antes do horário da ida para a escola*.

Neste estudo buscou-se responder algumas perguntas específicas: 1) *Quais são as hipóteses iniciais e as conclusões diagnósticas mais comuns em crianças e adolescentes que fizeram avaliação psicológica?*; 1.1) *Existem diferenças entre sexos em relação à frequência de hipóteses iniciais e diagnósticas?*; 2) *Os métodos semiestruturados e os padronizados de delimitação de hipóteses correspondem entre si?*; e 3) *Há correspondência entre as hipóteses diagnósticas iniciais, formuladas por meio de métodos semiestruturados e padronizados, e os diagnósticos finais?*

Para a classificação da classe socioeconômica dos pesquisados utilizou-se a classificação da Associação Brasileira de empresas de Pesquisa de 2013⁹.

As discordâncias de categorização entre os laudos foram discutidas em grupo e geraram um novo treinamento, para o qual foi criado um breve manual por escrito, ao qual os avaliadores consultavam em caso de dúvida. Após o estudo piloto, cada um dos demais laudos foram avaliados sempre por dois avaliadores (juízes) e as discordâncias foram sanadas por um terceiro juiz independente.

As categorias foram ainda equiparadas às escalas apresentadas pelo CBCL/6-18¹² da seguinte forma: a categoria (A) Problemas Neurodesenvolvimentais correspondeu às escalas Escola, Problemas de Atenção, DSM-IV Problemas TDAH e Ritmo Cognitivo Lento do CBCL/6-18. A categoria (B) Problemas Psicóticos correspondeu à escala de Problemas de Pensamento do CBCL/6-18. A categoria (C) Problemas de Humor correspondeu às escalas Problemas Internalizantes, Ansiedade/Depressão, Isolamento e Depressão e DSM-IV Problemas Afetivos do CBCL/6-18¹².

A categoria (D) Problemas Ansiosos correspondeu às Escalas Ansiedade/Depressão, DSM-IV Problemas de Ansiedade, Outros TOC e Outros TEPT do CBCL/6-18. A categoria (H) Problemas de Conduta, Controle de Impulsos e Disruptivos correspondeu às escalas Problemas Opositores, Problemas Agressivos, DSM-IV Problemas de Comportamento Opositor e DSM-IV Problemas de Conduta do CBCL/6-18. A categoria (I) Problemas de Personalidade correspondeu às escalas Problemas Externalizantes, Social e Problemas Sociais do CBCL/6-18. A categoria (J) Problemas Somatoformes correspondeu à escala DSM-IV Problemas Somáticos do CBCL/6-18. As categorias (E) Problemas de Alimentação, (F) Problemas de Eliminação e (G) Problemas de Sono-Vigília não têm sintomas correspondentes no CBCL, mas houve casos com essas queixas e/ou diagnósticos¹².

Todas as análises foram realizadas no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versão 19.0). Para analisar as frequências na apresentação das demandas e das conclusões dos psicodiagnósticos no grupo pesquisado, foram utilizadas estatísticas descritivas. Também foi utilizada a estatística de qui-quadrado para verificar diferenças de sexo nessas frequências. Buscando avaliar a concordância entre um método semiestruturado (informações descritas no laudo) e outro padronizado (CBCL/6-18) de levantamento de demandas no psicodiagnóstico de crianças e adolescentes, o coeficiente Kappa foi utilizado. O mesmo tipo de análise estatística foi utilizado para examinar o terceiro objetivo deste estudo, a saber, a concordância desses métodos com as conclusões (diagnósticos nosológicos e sintomas psicopatológicos) apresentadas nos laudos psicológicos.

A análise de Kappa visou avaliar a dimensão da concordância de resultados aplicados ao mesmo sujeito/fenômeno por instrumentos diferentes, que ultrapassam a ocorrência ao acaso¹⁷. Todas as concordâncias entre as variáveis deste estudo (escalas do CBCL/6-18, categorias de demandas e categorias de conclusões das avaliações) foram calculadas, mas apenas os resultados significativos ($p < 0,05$). A interpretação da magnitude dos coeficientes de concordância (Kappa) utilizada neste estudo é convencionalizada como ≤ 0 (pobre), 0-0,20 (fraca), 0,21-0,40 (razoável), 0,41-0,60 (moderada), 0,61-0,80 (substancial), e $\geq 0,81$ (quase completa)¹⁸.

Todos os participantes desta pesquisa estiveram de acordo com uso dos dados obtidos a partir da sua avaliação, sendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado na entrevista inicial e devidamente assinado pelos responsáveis dos pacientes. Este projeto está aprovado e devidamente registrado na Plataforma Brasil pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 06289912.9.0000.5334.

RESULTADOS

Foram avaliados 100 laudos, das quais 70 relacionados ao sexo masculino. Os laudos utilizados eram de pacientes com idades entre 6 e 17 anos ($M=10,52$ e $DP=2,66$), a maioria

cursando o Ensino Fundamental I ($n=80$), residindo em Porto Alegre ($n=80$) e pertencentes a classes socioeconômicas nos níveis C1 ($n=33$), C2 ($n=23$) e B1 ($n=21$). Os respondentes do CBCL foram na sua maioria mães ($n=88$), com média de idade de 38,80 anos ($DP=7,92$) e com ensino médio completo ($n=30$).

Frequência das hipóteses iniciais e dos diagnósticos finais de crianças e adolescentes

As frequências das demandas coletadas nos dois primeiros atendimentos e nas escalas correspondentes no CBCL/6-18 são apresentadas na Tabela 1. As hipóteses iniciais mais frequentes formuladas a partir das entrevistas iniciais foram as categorias *Problemas Neurodesenvolvimentais*, seguidas de *Problemas da Personalidade* e, *Problemas de Conduta, Controle de Impulsos e Disruptivos*.

Já no CBCL, o maior número de queixas foi na escala *Escola*, depois em *Problemas Internalizantes* e *Problemas de Atenção*. A única diferença significativa da frequência entre sexos em ambos os métodos de coleta foi em *Problemas Neurodesenvolvimentais* nas escalas correspondentes do CBCL/6-18, nas hipóteses iniciais, nos sintomas e nos diagnósticos clínicos, com $p < 0,05$ em todas as análises. As frequências de *Problemas Neurodesenvolvimentais* em ambos os métodos (CBCL e clínico) foram maiores no sexo masculino.

Em relação às conclusões diagnósticas encontradas nos laudos, os diagnósticos nosológicos com maior frequência foram *Problemas Neurodesenvolvimentais*, *Problemas de Humor* e *Problemas Ansiosos* (ver Tabela 2). Nos agrupamentos de sintomas psicopatológicos, os mais frequentes foram *Problemas Neurodesenvolvimentais* junto com *Problemas da Personalidade*, *Problemas Ansiosos* e *Problemas de Humor*. Quando foram avaliadas as diferenças das frequências entre os sexos, não houve nenhum resultado estatisticamente significativo.

Tabela 1. Frequência das hipóteses iniciais baseadas em método semiestruturado e por meio do CBCL/6-18* nos anos 2013 e 2014, em Porto Alegre.

Categorias	f	Escalas do CBCL/6-18	f
Problemas Neurodesenvolvimentais	96	Escola	77
		Problemas de Atenção	72
		DSM-IV Problemas TDAH	57
		Ritmo Cognitivo Lento	43
Problemas psicóticos	0	Problemas de Pensamento	50
Problemas de humor	8	Problemas Internalizantes	74
		Ansiedade/Depressão	58
		Isolamento e Depressão	52
		DSM-IV Problemas Afetivos	58
Problemas ansiosos	10	Ansiedade/Depressão	58
		DSM-IV Problemas de Ansiedade	68
		Outros TOC	40
		Outros TEPT	63
Problemas de conduta, controle de impulsos e disruptivos	13	Problemas Opositores	33
		Problemas Agressivos	57
		DSM-IV Comportamento Opositor	47
		DSM-IV Conduta	38
Problemas da personalidade	28	Problemas Externalizantes	64
		Social	43
		Problemas Sociais	62
Problemas somatoformes	0	DSM-IV Problemas Somáticos	19
Problemas de alimentação	1	-	-
Problemas de eliminação	1	-	-
Problemas de sono-vigília	2	-	-

Nota: * $p < 0,05$. Sendo a amostra total 100, as frequências são correspondentes aos percentuais.

Tabela 2. Diagnósticos e sintomas proeminentes descritos nas conclusões dos laudos nos anos 2013 e 2014, em Porto Alegre.

Categorias	Diagnósticos (f)	Sintomas (f)
Problemas neurodesenvolvimentais	49	35
Problemas psicóticos	0	2
Problemas de humor	7	11
Problemas ansiosos	6	15
Problemas de conduta, controle de impulsos e disruptivos	2	3
Problemas da personalidade	1	35
Problemas somatoformes	0	0
Problemas de alimentação	0	0

Concordância entre os métodos semiestruturado e padronizado de formulação das hipóteses iniciais

As concordâncias estatisticamente significativas entre as hipóteses iniciais considerando os métodos de classificação semiestruturado (via entrevista de anamnese) e padronizado (CBCL/6-18), são reportadas na Tabela 3. De modo geral, observa-se que as concordâncias aconteceram predominantemente por causa dos casos negativos (a média dos valores preditivos positivos – VPP – foi de 33%, ao passo que a média dos valores preditivos negativos – VPN – foi de 83%). Foram encontradas concordâncias mais altas (em nível razoável) na categoria Problemas de Personalidade observada nas hipóteses iniciais e as escalas de Isolamento e Depressão, Problemas Opositores, Problemas Afetivos e de Conduta do CBCL/6-18. Foram observadas associações estatisticamente significativas com baixo tamanho de efeito entre as categorias de Problemas de Personalidade das hipóteses iniciais e as escalas previstas no CBCL/6-18 (Problemas Externalizantes e Problemas Sociais), com exceção da Escala Social, da seção de competência social, que não apresentou associações estatisticamente significativas.

Concordância dos métodos semiestruturado e padronizado de formulação das hipóteses iniciais com o diagnóstico final

Não foram encontradas concordâncias significativas entre a categoria *Problemas Neurodesenvolvimentais*, conforme codificação da seção *descrição da demanda* dos laudos, e as escalas correspondentes do CBCL/6-18. Contudo, os dados mostraram que há uma discordância que excede as chances esperadas de ocorrência desta categoria com a escala de Queixas Somáticas do CBCL/6-18, não previstas inicialmente. Não houve correspondência entre as categorias Problemas de Sono-Vigília e Problemas de Alimentação e as escalas correspondentes do CBCL/6-18, mas foram encontrados resultados estatisticamente significativos e fracos dessas categorias com as escalas de Queixas Somáticas e DSM-IV Problemas Somáticos do CBCL/6-18, respectivamente.

A classificação da categoria Problemas de Conduta, Controle de Impulsos e Disruptivos apresentou um nível fraco de concordância com a classificação clínica obtida pelo CBCL/6-18 para duas escalas correspondentes, a saber: DSM-IV Problemas de Conduta e Problemas Agressivos. Os Problemas de Pensamento do CBCL/6-18 também obtiveram concordância estatisticamente significativa e fraca com essa categoria.

Tabela 3. Concordâncias estatisticamente significativas por meio da estatística Kappa entre classificações clínicas pelo CBCL/6-18 e as hipóteses iniciais formuladas por meio das entrevistas semiestruturadas nos anos 2013 e 2014, em Porto Alegre.

CBCL/6-18	Entrevista		Valores Preditivos		Kappa	
	Sim	Não	Positivo	Negativo		
Problemas da personalidade						
Problemas internalizantes	Sim	25	49	34%	88%	0.141*
	Não	3	23			
Problemas externalizantes	Sim	22	42	34%	86%	0.152*
	Não	4	25			
Isolamento e depressão	Sim	21	31	40%	85%	0.253*
	Não	7	41			
Problemas Sociais	Sim	22	40	35%	84%	0.168*
	Não	6	32			
Problemas opositores	Sim	14	19	42%	79%	0.224*
	Não	14	53			
DSM-IV Problemas afetivos	Sim	23	35	40%	88%	0.253*
	Não	5	37			
DSM-IV Conduta	Sim	17	21	45%	82%	0.284*
	Não	11	51			
Problemas neurodesenvolvimentais						
Queixas somáticas	Sim	22	3	88%	1%	-0.055*
	Não	74	1			
Problemas de sono-vigília						
Queixas somáticas	Sim	2	23	8%	100%	0.115*
	Não	0	75			
Problemas de conduta, controle de impulsos e disruptivos						
Problemas de pensamento	Sim	10	40	20%	94%	0.140*
	Não	3	47			
Problemas agressivos	Sim	11	46	19%	95%	0.130*
	Não	2	41			
DSM-IV Problemas de conduta	Sim	9	29	24%	94%	0.197*
	Não	4	58			
Problemas de alimentação						
DSM-IV Problemas somáticos	Sim	1	18	5%	100%	0.083*
	Não	0	81			

Nota: * $p < 0,0$

Concordância dos métodos semiestruturado e padronizado de formulação das hipóteses iniciais com o diagnóstico final

Nesta análise examinou-se se há ou não correspondência entre as hipóteses iniciais, formuladas por meio de procedimento padronizado, e os diagnósticos finais decorrentes de uma avaliação psicológica. As concordâncias estatisticamente significativas entre os diagnósticos finais (codificados a partir da seção *conclusão* dos laudos) e as classificações clínicas feitas por meio das escalas do CBCL/6-18 (no início da avaliação) são apresentadas na Tabela 4. Novamente, houve uma tendência de concordância muito influenciada pelos casos negativos (VPP $M=27\%$; VPN $M=82\%$).

Não havia previsão de concordância entre as escalas do CBCL/6-18 e Problemas de Eliminação e Problemas de Sono-Vigília. Entretanto, foram encontrados resultados estatisticamente significativos, de baixa magnitude, entre Problemas de Eliminação e as escalas do CBCL/6-18 de Queixas Somáticas e DSM-IV Problemas Somáticos. Ainda, foi observado um nível de discordância para além do acaso entre a categoria Problemas de Eliminação e Escola. As classificações da categoria Problemas de Sono-Vigília apresentou um grau de concordância estatisticamente significativa e fraca com Queixas Somáticas pelo CBCL/6-18.

Os diagnósticos referentes à categoria de *Problemas da Personalidade* também apresentaram concordâncias inesperadas, estatisticamente significativas e de tamanhos de efeito razoáveis com as escalas do CBCL/6-18 de Queixas Somáticas e DSM-IV Problemas Somáticos. O diagnóstico da categoria Problemas de Conduta, Controle de Impulsos e Disruptivos também apresentou concordância com as queixas iniciais estabelecidas pelo CBCL/6-18 para as escalas de Problemas Opositores e DSM-IV Problemas de Conduta. No que se refere aos diagnósticos da categoria de Problemas do Neurodesenvolvimento, foi encontrado um grau de discordância para além do acaso, estatisticamente significativo, com a escala do CBCL/6-18 DSM-IV Problemas de Conduta.

Tabela 4. Concordâncias estatisticamente significativas por meio da estatística Kappa entre classificações clínicas pelo CBCL/6-18 e os diagnósticos finais descritos nos laudos nos anos 2013 e 2014, em Porto Alegre.

CBCL/6-18	Diagnósticos		Valores Preditivos		Kappa	
	Sim	Não	Positivo	Negativo		
Problemas de eliminação						
Escola	Sim	0	77	0%	90%	-0.042*
	Não	2	18			
Queixas somáticas	Sim	2	23	8%	100%	0.115*
	Não	0	75			
DSM-IV Problemas somáticos	Sim	2	17	11%	100%	0.160*
	Não	0	81			
Problemas sono-vigília						
Queixas somáticas	Sim	2	23	8%	100%	0.115*
	Não	0	75			
Problemas da personalidade						
Queixas somáticas	Sim	14	11	56%	71%	0.233*
	Não	22	53			
DSM-IV Problemas somáticos	Sim	12	7	63%	70%	0.250*
	Não	24	57			
Problemas de conduta, controle de impulsos e disruptivos						
Problemas opositores	Sim	4	29	12%	99%	0.135*
	Não	1	66			
DSM-IV Problemas de conduta	Sim	4	34	11%	98%	0.107*
	Não	1	61			
Problemas do neurodesenvolvimento						
DSM-IV Conduta	Sim	28	10	74%	10%	-0.135*
	Não	56	6			

Nota: * $p < 0,05$.

A Tabela 5 apresenta os resultados das estatísticas Kappa quando considerado o método semiestruturado de formulação de hipóteses iniciais e o diagnóstico final. A equivalência entre as hipóteses iniciais e diagnóstico final derivados da análise dos laudos mostrou ser relevante. Em média o VPP foi de 70% e o VPN de 81%. As categorias de Problemas de Neurodesenvolvimento, Problemas de Humor, Problemas Ansiosos, Problemas de Sono-Vigília, Problemas de Conduta, Controle de Impulsos e Disruptivos e Problemas de Personalidade apresentaram graus de concordância razoáveis entre as hipóteses iniciais e os diagnósticos finais.

De forma inesperada, observou-se um grau de discordância para além do acaso entre o diagnóstico de Problemas de Neurodesenvolvimento e as hipóteses iniciais de Problemas de Conduta, Controle de Impulsos e Disruptivos. Também de forma inesperada foi observada uma correspondência entre o diagnóstico de Problemas de Humor e a hipótese inicial de Problemas de Eliminação. O diagnóstico de Problemas Ansiosos também apresentou correspondência com a hipótese inicial de Problemas de Alimentação. O diagnóstico de Problemas de Sono-Vigília também

apresentou concordâncias com as hipóteses iniciais de Problemas Ansiosos e Problemas de Alimentação.

Tabela 5. Concordâncias significativas por meio da estatística Kappa entre categorias das demandas coletadas nas hipóteses iniciais e as conclusões dos laudos nos anos 2013 e 2014, em Porto Alegre.

Hipóteses iniciais	Diagnósticos		Valores Preditivos		Kappa	
	Sim	Não	Positivo	Negativo		
Problemas de neurodesenvolvimento						
Problemas de neurodesenvolvimento	Sim	83	13	86%	75%	0.252*
	Não	1	3			
Problemas de cond., c. de impulsos e disruptivos	Sim	8	5	62%	13%	-0.078*
	Não	76	11			
Problemas de humor						
Problemas de humor	Sim	5	3	63%	86%	0.308*
	Não	13	79			
Problemas de eliminação	Sim	1	0	100%	83%	0.088*
	Não	17	82			
Problemas ansiosos						
Problemas ansiosos	Sim	6	4	60%	83%	0.291*
	Não	15	75			
Problemas de alimentação	Sim	1	0	100%	80%	0.073*
	Não	20	79			
Problemas de sono-vigília						
Problemas ansiosos	Sim	2	8	20%	100%	0.310*
	Não	0	90			
Problemas de alimentação	Sim	1	0	100%	99%	0.662*
	Não	1	98			
Problemas sono-vigília	Sim	2	0	100%	100%	1.000*
	Não	0	98			
Problemas de conduta, controle de impulsos e disruptivos						
	Sim	3	10	23%	98%	0.281*
	Não	2	85			
Problemas da personalidade						
	Sim	16	12	57%	72%	0.270*
	Não	20	52			

Nota: * $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

Hipóteses iniciais e conclusões diagnósticas mais comuns em crianças e adolescentes

Das principais queixas e hipóteses encontradas no início do processo de avaliação, destacaram-se, a categoria de Problemas Neurodesenvolvimentais, e no CBCL/6-18, as escalas Escola e Problemas Internalizantes.

Essas grandes categorias geralmente envolvem sintomas como dificuldades de aprendizagem e desatenção. De fato, esses resultados coincidem com a literatura, que aponta como uma das demandas mais frequentes de avaliação psicológica para crianças e adolescentes as dificuldades de aprendizagem. As principais queixas de crianças em atendimentos psicológicos em serviços-escola de psicologia envolvem dificuldades escolares¹⁹.

Essa queixa pode estar relacionada a um diagnóstico de dificuldades emocionais²⁰ ou de problemas de comportamento^{21,22}, mas também pode ser indicativo de alguma limitação global, como deficiência intelectual, ou de algum transtorno de aprendizagem específico. Também foram frequentes nesse estudo as queixas de comportamentos do tipo internalizante, que se manifestam

como retraimento, timidez, insegurança, medos²² e podem estar associados a transtornos mentais como depressão e ansiedade e a dificuldades de aprendizagem.

O único resultado em relação a diferenças entre sexos ocorreu nas escalas do CBCL/6-18 correspondentes à categoria Problemas Neurodesenvolvimentais, nas hipóteses iniciais, nos sintomas psicopatológicos e diagnósticos das conclusões dos laudos, com apresentação mais frequente no sexo masculino. De acordo com o DSM-5¹⁶, os transtornos do neurodesenvolvimento apresentam frequência aumentada no sexo masculino, variando na proporção entre os sexos dependendo do diagnóstico específico.

A segunda categoria mais observada nas demandas por avaliação psicológica no presente estudo foi a de Problemas de Personalidade. Essa categoria foi considerada toda vez que as queixas identificadas na demanda estavam relacionadas à apresentação de comportamentos de vergonha, culpa e timidez, dificuldades de socialização, comportamentos agressivos entre pares ou não especificados, além de problemas afetivos ou emocionais. Essa categoria, de forma geral, englobava problemas emocionais e comportamentais que se diferenciavam dos transtornos de oposição desafiante, de conduta, disruptivo da desregulação do humor, depressivos, bipolares e ansiosos. Vale ressaltar que não se trata de uma suspeita diagnóstica de transtorno de personalidade, dada a faixa etária das crianças, mas sim de sintomas clinicamente significativos nas vivências e expressões emocionais e comportamentais delas, que se diferenciam de transtornos comportamentais e afetivos específicos. Estudos verificaram que a segunda maior queixa de crianças atendidas em serviços de saúde mental foi de problemas emocionais e comportamentais^{19,23}.

Em relação à frequência de diagnósticos ou resultados da avaliação, também houve maior frequência nos laudos de diagnósticos relacionados às categorias de Problemas Neurodesenvolvimentais, Problemas de Humor e Problemas Ansiosos. Os transtornos do neurodesenvolvimento são caracterizados por déficits em um ou mais domínios do desenvolvimento humano como cognição, linguagem, motricidade e habilidade socioemocional¹⁶.

Esses déficits devem ser clinicamente significativos a ponto de gerar prejuízos escolares, sociais e familiares para as crianças. Já os transtornos de humor e de ansiedade apresentam alta prevalência na infância e adolescência e estão frequentemente associados. Ambos os transtornos costumam ter início na infância e suas consequências persistem ao longo da vida se não tratados, sendo fatores de risco para manifestação do mesmo distúrbio ou de outro transtorno mental na idade adulta²⁴.

Nos sintomas psicopatológicos reportados nas conclusões dos laudos, a categoria Problemas da Personalidade tiveram ocorrência maior do que os diagnósticos relativos às categorias Problemas de humor e Problemas Ansiosos. Tal ocorrência denota o papel relevante das problemáticas emocionais envolvidas nos casos que buscam avaliação psicológica, apesar da principal demanda inicial ser relacionada a problemas neurodesenvolvimentais.

Concordância entre os procedimentos de avaliação das hipóteses iniciais

As associações em nível razoável observadas entre a categoria Problemas de Personalidade nas hipóteses iniciais e as escalas de Isolamento e Depressão, Problemas Opositores, Problemas Afetivos e de Conduta do CBCL/6-18 aparentemente contradizem a definição dessa categoria, uma vez que ela engloba problemas emocionais e comportamentais que se diferenciavam dos transtornos de oposição desafiante, de conduta, disruptivo da desregulação do humor, depressivos, bipolares e ansiosos.

Contudo, tal concordância pode estar associada a aspectos afetivos subjacentes aos problemas de comportamento identificados pelas escalas do CBCL. Nessa direção, um estudo aponta para a necessidade de considerar as covariações relativas aos traços psicopatológicos ao

avaliar as associações entre abordagens clínico-diagnósticas (como a análise dos laudos) e as abordagens empírico-quantitativas (como os instrumentos da bateria ASEBA), e não apenas as associações com os *diagnósticos-alvo*²⁵. Em termos de uso clínico dos dados do CBCL/6-18, isso significa que o psicólogo precisa estar atento a itens e escalas do CBCL que possam estar relacionadas a conclusões/diagnósticos afins, mas não apenas aos diagnósticos-alvo.

A falta de associação entre a categoria Problemas Neurodesenvolvimentais e as escalas correspondentes do CBCL/6-18 podem estar relacionadas à pouca precisão dos itens em relação a hipóteses que sugerem sintomas e transtornos neurodesenvolvimentais. As escalas do CBCL/6-18 que correspondem a essa categoria são: Escola, Problemas de Atenção, DSM-IV Problemas TDAH e Ritmo Cognitivo Lento. Embora compreendam itens que descrevem problemas característicos sintomas neurodesenvolvimentais, podem ser manifestados por crianças e adolescentes com ampla gama de sintomas e transtornos de base.

As escalas do CBCL/6-18 têm se mostrado úteis para identificar transtornos neurodesenvolvimentais como o TDAH²⁶, por exemplo, mas apresentam menos especificidade para identificar outros, como o Transtorno do Espectro Autista²⁷. Tal variabilidade na identificação de sintomas característicos de transtornos comuns na infância e adolescência sugere a necessidade de revisões da escala em edições futuras, considerando que trata-se de uma das escalas de avaliação do comportamento mais utilizadas no mundo para esta faixa etária,

A correspondência fraca entre as categorias Problemas de Sono-Vigília e Problemas de Alimentação das hipóteses iniciais dos laudos com as escalas DSM-IV Queixas Somáticas e Problemas Somáticos do CBCL/6-18, respectivamente, apresentam provável relação com os itens referentes à presença de pesadelos na escala de Queixas Somáticas e com os itens sobre dores de estômago e náuseas na Escala DSM-IV de Problemas Somáticos do CBCL/6-18. É relevante lembrar que os sintomas somáticos por vezes estão relacionados a sintomas de ansiedade, um possível componente associado a problemas de sono-vigília e problemas de alimentação.

Com relação à concordância entre hipóteses iniciais dos diferentes procedimentos da avaliação, os resultados mostraram que as hipóteses iniciais formuladas por meio de entrevistas semiestruturadas e aquelas determinadas por meio de procedimentos padronizados, no caso, do CBCL/6-18 apresentaram baixo nível de correspondência (como, por exemplo, na relação entre a categoria Problemas de Conduta, Controle de Impulsos e Disruptivos e as escalas DSM-IV Problemas de Conduta e Problemas Agressivos do CBCL). Dessa forma, a depender do procedimento adotado, o profissional tenderá a fazer hipóteses iniciais distintas. Ressalta-se que o procedimento padronizado utilizado neste estudo se trata de uma avaliação pelo relato de informante (responsável). É sabido que a correspondência entre avaliações baseadas em relatos de diferentes informantes costuma ser baixa²⁸, assim como a correspondência entre o relato (auto ou hetero) e o desempenho²⁹.

As concordâncias mais altas obtidas entre os dois métodos de coleta de informação para as hipóteses iniciais foram as relacionadas à categoria Problemas de Personalidade, que compreendiam problemas emocionais e comportamentais. Tal fato pode estar relacionado ao escopo do CBCL/6-18, voltado para a identificação de problemas de comportamento e com uma vasta lista de itens descrevendo sintomas afetivos e/ou comportamentais. Além disso, problemas emocionais e comportamentais são comuns em diversas condições clínicas, inclusive quando tratam-se de problemas de aprendizagem ou cognitivos. Por exemplo, é comum que crianças com Transtorno Específico da Aprendizagem ou TDAH apresentem sofrimento tanto em função de seus resultados nas avaliações escolares, quanto por causa das queixas das outras pessoas em relação ao desempenho ou comportamento delas.

Em relação aos métodos utilizados para o levantamento das queixas, ambos apresentam vantagens e desvantagens. As entrevistas semiestruturadas possibilitam a coleta de informações

relevantes da vida do avaliando, embora muitas vezes sejam limitadas por vieses de memória do informante, bem como pela quantidade de informações consideradas. Além disso, pode haver ambiguidades ou deturpações ao interpretar as informações fornecidas.

Já os instrumentos de heterorrelato, como o CBCL, possuem como vantagem o maior direcionamento na coleta de informações, com a checagem de comportamentos-alvo, englobando sintomas que podem ter sido ou não experimentados, aumentando a segurança do avaliador no mapeamento abrangente e na exclusão de hipóteses diagnósticas não confirmadas pelo informante. Apesar disso, eles também são limitados pela motivação e memória dos respondentes, bem como por sua capacidade de fazer julgamentos precisos. Dessa forma, ambos os métodos apresentam potencialidades e limites.

Dadas essas diferenças, são esperadas associações relativamente baixas ou moderadas entre métodos independentes de avaliação, mesmo ao avaliar construtos semelhantes. Contudo, diante da complexidade do comportamento humano, cada método de avaliação pode identificar dados úteis e não disponíveis em outras fontes¹. Esses achados evidenciam a importância do uso de diferentes fontes de informação e do próprio conceito de avaliação psicológica. Segundo as definições atuais do Conselho Federal de Psicologia¹⁰ a avaliação psicológica deve utilizar fontes fundamentais e complementares de informação, visando uma investigação aprofundada da queixa. Tal processo deve ser realizado a partir de uma coleta de dados, estudo e interpretação de fenômenos e processos psicológicos.

Concordância entre os métodos de avaliação das hipóteses iniciais com os diagnósticos e conclusões

As correspondências de baixa magnitude entre as escalas do CBCL/6-18 de Queixas Somáticas e DSM-IV Problemas Somáticos com as conclusões de Problemas de Eliminação possivelmente se devem aos itens relativos à constipação e dores do instrumento padronizado. Da mesma forma, as correspondências fracas entre a escala de Queixas Somáticas pelo CBCL/6-18 e as conclusões de Problemas de Sono-Vigília dos laudos tem provável associação com o item sobre pesadelos do CBCL. Ou seja, a baixa concordância pode ser possivelmente explicada pelo fato de os dois métodos utilizarem e darem importância a itens diferentes para avaliar essas categorias de problemas.

As correspondências inesperadas de tamanho de efeito razoável entre as escalas do CBCL/6-18 de Queixas Somáticas e DSM-IV Problemas Somáticos com os diagnósticos de Problemas da Personalidade dos laudos possivelmente estão associadas com fatores relacionados a sintomas afetivos que apresentam manifestações fisiológicas (como náusea, dores de cabeça, dores de estômago, e outros). A concordância de magnitude baixa entre as queixas iniciais estabelecidas pelo CBCL/6-18 para as escalas de Problemas Opositores e DSM-IV Problemas de Conduta e os diagnósticos e conclusões de Problemas de Conduta, Controle de Impulsos e Disruptivos, demonstra novamente que as associações entre conclusões clínico-diagnósticas e *diagnósticos-alvo* em abordagens empírico-quantitativas são muito restritas²⁵. As correspondências entre as hipóteses iniciais de Problemas de Alimentação e Problemas de Sono-Vigília e diagnósticos e conclusões de Problemas Ansiosos tem provável relação com sintomas fisiológicos de ansiedade.

Foram observadas baixas correspondências entre as hipóteses iniciais formuladas por meio do CBCL/6-18 e os diagnósticos finais da avaliação psicológica. Por outro lado, foi verificada correspondência mais alta entre a formulação de hipóteses iniciais, baseadas na avaliação clínica das queixas e demandas para o psicodiagnóstico, e os diagnósticos finais.

As melhores correspondências obtidas (em níveis razoáveis) entre as hipóteses iniciais e os diagnósticos-alvo finais dos laudos foram as de Problemas de Neurodesenvolvimento, Problemas de Humor, Problemas Ansiosos, Problemas de Sono-Vigília, Problemas de Conduta, Controle de

Impulsos e Disruptivos e Problemas de Personalidade. Tais informações foram coletadas e informadas pelo psicólogo ou profissional que realizou a avaliação e, portanto, provêm de uma mesma fonte de informação, o que aumenta a chance de concordância. Esses resultados reforçam o fenômeno identificado pela literatura de que o mesmo respondente ou a mesma condição ou contexto apresentam maiores concordâncias entre si do que com outros respondentes ou com outras condições³⁰.

CONCLUSÃO

A busca por diretrizes empiricamente validadas visa a promoção de uma prática profissional baseada na ciência e o oferecimento de serviços cujos resultados foram testados e comprovados. Desse modo, a presente pesquisa pode contribuir com a área ao se propor a testar modelos de coleta de informações em psicodiagnóstico e verificar a adequação, potencialidade e limites desses modelos nas conclusões diagnósticas.

Foram observadas como hipóteses iniciais e conclusões diagnósticas mais frequentes as relacionadas a Problemas Neurodesenvolvimentais. Esta categoria foi também a única em que se observou diferença na frequência entre sexos, com predominância de casos no sexo masculino.

Os métodos semiestruturados e padronizados de delimitação de hipóteses corresponderam em grau baixo a razoável entre si. Da mesma forma, as concordâncias entre as hipóteses diagnósticas iniciais, formuladas por meio de métodos semiestruturados e padronizados e os diagnósticos finais ocorreram em magnitude baixa a razoável. Tais resultados representam um problema observado na abordagem multimétodo – a mais recomendada em para avaliações psicológicas - em que os métodos utilizados dificilmente convergem em moderada a alta magnitude.

Tais achados reforçam a importância do julgamento clínico como o padrão-ouro da avaliação psicológica - ao psicólogo cabe considerar as hipóteses de forma ampla, investigar as mais prováveis e descartar as que não se mostram válidas. Até o momento, não há outro mecanismo que possa substituir esse processo com a mesma segurança.

Pesquisas recentes ressaltam a importância de buscar relacionar os resultados das abordagens clínico-diagnósticas e empírico-quantitativas de forma ampla (considerando as covariações dos sintomas com diversos diagnósticos e sintomas, e não apenas os diagnósticos-alvo). Nesse sentido, trata-se de uma das limitações desse estudo o foco das análises nos diagnósticos-alvo.

Ainda assim, a interpretação dos resultados permitiu expandir a compreensão sobre correspondências inesperadas. Por fim, uma outra limitação do estudo se deve ao fato dos laudos utilizados no estudo serem em sua grande parte de pacientes com sintomas de transtornos neurodesenvolvimentais, com baixa frequência de algumas das hipóteses e conclusões analisadas, o que levou em algumas análises a resultados inflados de concordâncias pelo grande número de casos negativos.

Recomenda-se que estudos futuros verifiquem as covariações entre hipóteses iniciais, conclusões e diagnósticos de abordagens clínico-diagnósticas (semiestruturadas) e empírico-quantitativas (padronizadas). Outro encaminhamento para pesquisas futuras é buscar diferenciar a contribuição e relevância de cada tipo de medida utilizados em protocolos de avaliação multimétodo.

REFERÊNCIAS

1. Krug JS, Trentini CM, Bandeira DR. Conceituação de psicodiagnóstico na atualidade. Psicodiagnóstico. In: Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM, Krug JS, organizadores. Psicodiagnóstico. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 16-20.
2. Rigoni MS, Sá SD. O processo psicodiagnóstico. In: Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM, Krug JS, organizadores. Psicodiagnóstico. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 27-34.
3. Bandeira DR, Trentini CM, Krug JS. Psicodiagnóstico: formação, cuidados éticos, avaliação de demanda e estabelecimento de objetivos. In: Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM, Krug JS, organizadores. Psicodiagnóstico. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 21-26.
4. Giacomoni CH, Bandeira CM. Entrevista com pais e demais fontes de informação. In: Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM, Krug JS, organizadores. Psicodiagnóstico. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 206-210.
5. Nunes, MLT, Lorenço, L e Teixeira, R. C. Avaliação psicológica: o papel da observação e da entrevista. In: Lins, MRC, Borsa, JC, editoras. Avaliação psicológica: aspectos teóricos e práticos. Petrópolis, RJ: Vozes; 2017, p. 23-37.
6. Meyer GJ, Finn SE, Eyde LD, Kay GG, Moreland KL, Dies RR, et al. Psychological testing and psychological assessment: a review of evidence and issues. *Am Psychol*. [Internet]. 2001 [citado em 04 fev 2019]; 56(2):128-65. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.2.128>
7. De Los Reyes A, Augenstein TM, Wang M, Thomas SA, Drabick DAG, Burgers DE, et al. The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychol Bull*. [Internet]. 2015 [citado em 12 dez 2019]; 141(4):858-900. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0038498>
8. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2001. 238 p.
9. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil 2013 [Internet]. São Paulo: ABEP; 2013 [citado em 02 jan 2019]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
10. Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Resolução CFP nº 006/2019. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, a Resolução CFP nº 07/2003 e a Resolução CFP nº 04/2019. DOU [Internet]. 2019 [citado em 29 mar 2019]; 62(1):163. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/69440957/do1-2019-04-01-resolucao-n-6-de-29-de-marco-de-2019-69440920
11. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 5ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
12. Bordin IA, Rocha MM, Paula CS, Teixeira MCTV, Achenbach TM, Rescorla LA, et al. Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado em 17 abr 2019]; 29(1):13-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100004>
13. Achenbach TM. Multicultural evidence-based assessment using the Achenbach System Of Empirically Based Assessment (ASEBA) for ages ½-90+. *Psychol Av Discip*. 2015 [citado em 04 maio 2019]; 9(2):13-23. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n2/v9n2a01.pdf>
14. Emerich DR, Rocha MM, Silveiras EF. Equipe CBCL/6-18 2010. Testagem da estrutura fatorial do Child Behavior Checklist para crianças brasileiras. In: Anais do V Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica [CD-ROM]. Bento Gonçalves: Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica; 2011.

15. American Psychiatric Association. DSM-IV: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
16. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (DSM-5). 5ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
17. Miot HA. Agreement analysis in clinical and experimental trials. *J Vasc Bras.* [Internet]. 2016 [citado em 21 out 2019]; 15(2):89-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.004216>
18. Sim J, Wright CC. The Kappa Statistic in Reliability Studies: use, interpretation, and sample size requirements. *Phys Ther.* [Internet]. 2005 [citado em 07 nov 2019]; 85(3):257-68. DOI: <https://doi.org/10.1093/ptj/85.3.257>
19. Vagostello L, Albuquerque DSM, Queiroz FT, Lopes GP, Silva LV. Caracterização das demandas de psicodiagnóstico infantil em uma clínica-escola de São Paulo. *Psicol Rev.* [Internet]. 2017 [citado em 22 fev 2020]; 26(1):41-58. DOI: <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2017v26i1p.41-58>
20. Oliveira, DC, Kottel A. Determinantes comportamentais e emocionais do processo de ensino-aprendizagem. *Cad Intersaberes* [Internet]. 2016 [citado em 25 jun 2020]; 5(6):1-11. Disponível em: <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/intersaberes/article/view/379/379>
21. Dias TP, Gil M, Del Prette ZAP. Multimodal analysis of estimated and observed social competence in preschoolers with/without behavior problems. *Paidéia (Ribeirão Preto, Online)* [Internet]. 2013 [citado em 03 set 2020]; 23(55):197-205. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-43272355201307>
22. Marin AH, Borba BMR, Bolsoni-Silva, AT. Problemas emocionais e de comportamento e reprovação escolar: estudo de caso-controle com adolescentes. *Psicol Teor Prát.* [Internet]. 2018 [citado em 01 dez 2019]; 20(3):283-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n3p299-313>
23. Goulart AP, Jordani V, Sakae TM, Sakae GRFM, Schaefer TF, Meyer HF. Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de psiquiatria no sul do Brasil no período de 2004 a 2012. *ACM Arq Catarin Med.* 2016 [citado em 04 set 2020]; 45(3):17-34. <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/108/99>
24. Fortes P, Wilhelm A, Petersen C, Almeida R. Mindfulness em crianças com ansiedade e depressão: uma revisão sistemática de ensaios clínicos. *Contextos Clín.* [Internet]. 2019 [citado em 20 maio 2020]; 12(2):584-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.122.09>
25. Bellina M, Brambilla P, Garzitto M, Negri GAL, Molteni M, Nobile M. The ability of CBCL DSM-oriented scales to predict DSM-IV diagnoses in a referred sample of children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* [Internet]. 2013 [citado em 08 set 2020]; 22:235-46. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0343-0>
26. Roigé-Castellví J, Morales-Hidalgo P, Voltas N, Hernández-Martínez C, Vigil-Colet A, Canals J. Predictive value of child behavior checklist/6-18, Youth Self-Report and conners 3 ADHD index for ADHD in school -aged children. *Psicol Conduct.* [Internet]. 2020 [citado em 03 out 2020]; 28(1):19-34. https://go.gale.com/ps/i.do?p=IFME&u=ufrgs_br&id=GALE%7CA621580560&v=2.1&it=r&sid=IFME&asid=79286de7
27. Havdahl KA, von Tetzchner S, Huerta M, Lord C, Bishop SL. Utility of the Child Behavior Checklist as a screener for autism spectrum disorder. *Autism Research* [Internet]. 2016 [citado em 14 ago 2019]; 9(1):33-42. DOI: <https://doi.org/10.1002/aur.1515>
28. Van Der Ende J, Verhulst FC, Tiemeier H. Multitrait-multimethod analyses of change of internalizing and externalizing problems in adolescence: predicting internalizing and externalizing DSM disorders in adulthood. *J Abnorm Psychol.* [Internet]. 2020 [citado em 18 out 2020]; 129(4):343-54. DOI: <https://doi.org/10.1037/abn0000510>

29. Mihura JL, Graceffo RA. Multimethod assessment and treatment planning. In Hopwood CJ, Bornstein RF, editors. Multimethod clinical assessment. New York: Guilford Publications; 2014. p. 285-318.
30. Teglassi H, Ritzau J, Sanders C, Kim MJ, Scott A. Explaining discrepancies in assessment protocols: trait relevance and functional equivalence. *Psychol Assess.* [Internet]. 2017 [citado em 26 jul 2019]; 29(12):1517-30. DOI: <https://doi.org/10.1037/pas0000447>

CONTRIBUIÇÕES

Denise Balem Yates, Mônia Aparecida da Silva, Daiane Silva de Souza, Renata Gruner e Sérgio Eduardo Silva de Oliveira contribuíram na concepção, coleta de dados e delineamento do método. **Denise Balem Yates, Mônia Aparecida da Silva, Kaena Garcia Henz, Daiane Silva de Souza, Renata Gruner e Sérgio Eduardo Silva de Oliveira** participaram da análise, interpretação dos dados, redação e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Yates DB, Silva MA, Henz KG, Souza DS, Gruner R, Oliveira SES. Relações entre hipóteses e diagnósticos em avaliações psicológicas de crianças e adolescentes: um estudo empírico. *REFACS* [Internet]. 2021 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 9(1):110-126. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

Como citar este artigo (ABNT)

YATES, D. B.; SILVA, M. A. da; HENZ, K. G.; SOUZA, D. S. de; GRUNER, R.; OLIVEIRA, S. E. S. de. Relações entre hipóteses e diagnósticos em avaliações psicológicas de crianças e adolescentes: um estudo empírico. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 9, n. 1, p. 110-126, 2021. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Yates, D.B., Silva, M.A., Henz, K.G., Souza, D.S.S., Gruner, R., & Oliveira, S.E.S. (2021). Relações entre hipóteses e diagnósticos em avaliações psicológicas de crianças e adolescentes: um estudo empírico. *REFACS*, 9(1), 110-126. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.