

Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

CBCL/6-18 e TRF/6-18: contribuições para o processo psicodiagnóstico

CBCL/6-18 and TRF/6-18: contributions to psychological assessment

CBCL/6-18 y TRF/6-18: contribuciones al proceso psicodiagnóstico

Kaena Garcia Henz¹, Euclides José de Mendonça Filho², Andréia Mello de Almeida Schneider³, Denise Ruschel Bandeira⁴ & Denise Balem Yates⁵

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: kaenagh@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4160-5340>

² McGill University. E-mail: euclidesmendonca.f@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4098-8247>

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: andreiamas.psic@gmail.com ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0767-2005>

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: deniserbandeira@gmail.com ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9867-2718>

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: yatesbr@gmail.com ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0879-9270>

RESUMO

Alguns dos instrumentos mais utilizados em psicodiagnóstico de crianças/adolescentes são os questionários ASEBA. Os objetivos dessa pesquisa foram: verificar quais escalas discriminariam melhor três grupos (controle, diagnóstico neurodesenvolvimental e diagnóstico neurodesenvolvimental-emocional) e avaliar a predição diagnóstica das escalas a partir da análise discriminante. Participaram 58 crianças/adolescentes, com CBCL e TRF respondidos. As escalas que discriminaram controle e neurodesenvolvimental foram Escola e Retraimento/Depressão (CBCL) e as que discriminaram neurodesenvolvimental e neurodesenvolvimental-emocional foram Problemas Sociais (CBCL) e Tempo Cognitivo Lento (TRF). Os resultados apontaram bons valores de predição dos grupos a partir das escalas mencionadas, indicando ser uma ferramenta importante na formulação de hipóteses no psicodiagnóstico.

PALAVRAS-CHAVE:

Psicodiagnóstico; Criança; Adolescente.

ABSTRACT

Some of the most used instruments for children/adolescents' psychological assessment are the ASEBA forms. The objectives of this study were: to verify which scales would best discriminate three groups (control, neurodevelopmental diagnosis, and neurodevelopmental-emotional diagnosis) and to evaluate the diagnostic prediction of the subscales through discriminant analysis. Fifty-eight children/adolescents who answered the CBCL and TRF participated in the study. The subscales that discriminated better the control group from the neurodevelopmental group were School and Withdrawn/Depressed (CBCL) and the neurodevelopmental group from the neurodevelopmental and emotional group were Social Problems (CBCL) and Sluggish Cognitive Tempo (TRF). The results indicated good values of diagnostic prediction from the subscales mentioned, indicating that these might be helpful for hypotheses formulation in psychological assessment.

KEYWORDS:

Psychological assessment; Children; Adolescent.

RESUMEN

Algunos de los instrumentos más utilizados para la evaluación psicológica de niños/adolescentes son los cuestionarios ASEBA. Los objetivos de esta investigación fueron: verificar cuáles escalas discriminarían mejor a los tres grupos de diagnóstico (control, diagnóstico de neurodesarrollo y diagnóstico concomitante emocional y de neurodesarrollo) y evaluar la predicción diagnóstica de las escalas a partir del análisis discriminante. Participaron 58 niños/adolescentes que respondieron al CBCL y TRF. Las escalas que mejor discriminaron el control y el neurodesarrollo fueron Escuela y Retraimiento/Depresión (CBCL) y las que mejor discriminaron el neurodesarrollo y diagnóstico concomitante emocional y de neurodesarrollo fueron Problemas sociales (CBCL) y Tiempo cognitivo lento (TRF). Los resultados mostraron buenos valores de predicción diagnóstica de las escalas mencionadas, lo que indica que estos pueden ayudar en la formulación de hipótesis en el psicodiagnóstico.

PALABRAS CLAVE:

Psicodiagnóstico; Niño; Adolescente.

Informações do Artigo:

Kaena Garcia Henz

kaenagh@gmail.com

Recebido em: 17/12/2019

Aceito em: 21/12/2021

O psicodiagnóstico é uma área de atuação restrita ao psicólogo no Brasil e um dos principais campos de atuação deste profissional. O senso comum, por vezes, considera o psicodiagnóstico um processo que utiliza somente testes, mas discussões recentes têm questionado essa delimitação, por ela não representar a realidade da prática dos psicólogos. Krug, Trentini e Bandeira (2016) definem que

Psicodiagnóstico é um procedimento científico de investigação e intervenção clínica, limitado no tempo, que emprega técnicas e/ou testes com o propósito de avaliar uma ou mais características psicológicas, visando um diagnóstico psicológico (descritivo e/ou dinâmico), construído a luz de uma orientação teórica

que subsidia a compreensão da situação avaliada, gerando uma ou mais indicações terapêuticas e encaminhamentos. (p. 18). Estudos em serviços-escola de Psicologia no Brasil apontam que grande parte da clientela atendida em psicodiagnóstico ou psicoterapia são crianças e adolescentes encaminhados por escolas ou profissionais da área de saúde mental. Os problemas trazidos por esses responsáveis são, na grande maioria das vezes, relacionados às queixas de problemas de aprendizagem e comportamentos externalizantes (Borsa, Segabinazi, Stenert, Yates, & Bandeira, 2013; Reppold & Hutz, 2008; Vivian, Timm, & Souza, 2013).

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

Dentre as técnicas utilizadas para a coleta de informações no psicodiagnóstico, há os inventários do sistema *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA). Esse conjunto de instrumentos criados por Achenbach & Rescorla (2001) contém questionários direcionados para a investigação dos sintomas psicológicos numa faixa etária que varia de um ano e meio a mais de 90 anos. Os questionários podem ser respondidos pelos cuidadores dos pacientes (por exemplo, o *Child Behaviour Checklist/6-18 – CBCL/6-18*), por seus professores (por exemplo, o *Teacher Report Form/6-18 – TRF/6-18*) e pelos próprios pacientes. Esses questionários se mostram úteis para a coleta de informações no início do processo psicodiagnóstico ou

em intervenções clínicas gerais, uma vez que avaliam competências sociais e adaptabilidade, problemas de comportamento e questões emocionais. (Ribeiro, 2014; Silvaes, Rfhi-Ferreira & Pires, 2014; Wielewicki, Gallo & Grossi, 2011; Santos et al., 2012). Além disso, possibilitam a coleta e a análise de diferentes informantes, contribuindo para o entendimento sobre a manifestação de sintomas comportamentais em múltiplos contextos (Achenbach & Ruffle, 2000).

Estudos têm apontado algumas diferenças entre os respondentes desses inventários quando se trata de pacientes em idade escolar (Bolsoni-Silva & Ribeiro, 2016; Borba & Marin, 2018). O padrão geral que se tem encontrado é uma tendência de os cuidadores terem escores maiores no seu respectivo inventário do sistema ASEBA, seguido dos professores e, após, dos próprios adolescentes. Esses dados indicam uma percepção de maior intensidade dos comportamentos problemas por parte dos cuidadores (Coutinho, Mattos, Schmitz, Fortes, & Borges, 2009; Pedrini & Frizzo, 2010; Ribeiro et al., 2017; Rocha, Ferrari, & Silvaes, 2011; Salbach-Andrae, Lenz, & Lehmkuhl, 2009; Souza & Mosmann, 2013).

Além das diferenças entre as médias dos respondentes, é importante avaliar o quanto os sintomas pontuados por terceiros são capazes de diferenciar amostras clínicas de não-clínicas. Alguns estudos utilizam as escalas ASEBA para avaliar as diferenças das médias em escalas entre amostras previamente subdivididas (Bolsoni-Silva, Perallis, & Nunes, 2018; Bueno, Grossi, Santos, Silva, & Moura, 2011; Marin, Borba, & Bolsoni-Silva, 2018; Sapienza, Aznar-Farias, & Silvaes, 2009), mas há poucos estudos nacionais que avaliem quais escalas de cada tipo de informante (cuidadores e professores) são determinantes para diferenciar amostras clínicas de não-clínicas. Ter informações mais precisas sobre o uso do CBCL/6-18 e TRF/6-18 instrumentalizam o psicólogo que realiza psicodiagnósticos a decidir qual fonte de informação e quais escalas trarão dados mais precisos e ricos sobre os comportamentos investigados na criança/adolescente.

Dada a escassez de estudos que analisam o quanto o CBCL/6-18 e o TRF/6-18 podem contribuir efetivamente com o processo psicodiagnóstico, esse estudo teve dois objetivos: 1) verificar quais escalas discriminariam melhor os três grupos (Grupo Controle; Grupo Problemas Neurodesenvolvimentais; e Grupo

Problemas Neurodesenvolvimentais e Emocionais) e 2) avaliar a capacidade de predição das escalas incluídas na análise discriminante.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 58 crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos ($M= 11,38$ e $DP= 2,31$), sendo 31 do sexo masculino, todos estudantes do ensino fundamental (58), em sua maioria de escolas públicas (44) e residentes em Porto Alegre (40). Os casos clínicos são compostos por crianças e adolescentes que passaram por processo de psicodiagnóstico. As conclusões dos laudos desses casos foram classificadas em duas categorias: Grupo Problemas Neurodesenvolvimentais (GN) e Grupo Problemas Neurodesenvolvimentais e Emocionais (GNE). Todos os pacientes do grupo clínico foram atendidos entre agosto de 2017 e setembro de 2018. Já os participantes do Grupo Controle (GC) fizeram parte da amostra de um projeto de doutorado que teve suas coletas realizadas entre maio e dezembro de 2018.

Na Tabela 1 está a caracterização de cada grupo. Os critérios de inclusão no GC ($N=29$) foram nunca ter realizado psicodiagnóstico, não usar medicação psiquiátrica no período da pesquisa e não ter recebido diagnóstico de qualquer transtorno mental por um psiquiatra ou neurologista. Já para o GN ($N=13$), os critérios de inclusão foram ter como conclusão da avaliação o diagnóstico nosológico ou sintoma somente neurodesenvolvimental, como Deficiência Intelectual, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e sintomas de dificuldade de aprendizagem. Para o GNE ($N=16$), os critérios de inclusão foram ter como conclusão diagnósticos nosológicos ou sintomas neurodesenvolvimentais e emocionais, este último possuindo exemplos como Transtorno Depressivo Maior, sintomas de alteração de humor e sintomas disruptivos.

Os 58 cuidadores das crianças e adolescentes avaliados neste estudo responderam ao CBCL/6-18. Os responsáveis eram, na sua maioria, mães ($n=43$), com média de idade de 39,67 anos ($DP= 7,35$), que, no momento da coleta de dados, estavam trabalhando ($n=40$). Todas as crianças e adolescentes também tiveram o TRF/6-18 respondidos por suas professoras, sendo a maioria dos participantes de escolas públicas ($n=44$).

Tabela 1.

Análises Descritivas da Amostra de Crianças e Adolescentes por Grupos

		GC (n=29)	GN (n=13)	GNE (n=16)
Idade*		12,79 (0,97) ^a	11,62 (2,79) ^b	8,88 (1,40) ^c
Sexo	Masculino	13	8	10
	Feminino	16	5	6
Ensino Básico	Escola Pública	16	13	13
	Escola Privada	13	0	1
	Ambas	0	0	1
Classe Social**	A-B2	20	1	0
	C1-E	8	11	15
Escolaridade mães**	Básica	7	10	13
	Superior	17	2	3

*Valores representados por média e desvio-padrão. Letras sobrescritas indicam diferenças significativas pelo teste ANOVA.

**Valores representados por frequência absoluta. Diferenças significativas no teste Qui-Quadrado.

Instrumentos**Escalas ASEBA: CBCL/6-18 e TRF/6-18.**

Neste estudo, utilizou-se o *Teacher Report Form 6-18 anos (TRF/6-18)* e o *Child Behavior Checklist 6-18 anos (CBCL/6-18)* para a coleta dos descritores comportamentais por parte dos professores e dos cuidadores, respectivamente. Foram utilizadas as versões brasileiras mais recentes dos questionários (Bordin et al., 2013).

Os dois questionários se assemelham em sua estrutura, mas têm algumas particularidades. De uma maneira geral, os dois são divididos em uma seção que aborda competências sociais e adaptabilidade e outra que trata sobre problemas de comportamento e questões emocionais. A seção Competências do CBCL/6-18 tem nove domínios com subitens, os quais são ponderados de acordo com regras preestabelecidas descritas no manual. Os itens dessa grande categoria fornecem pontuações para quatro escalas: Atividades, Social, Escola e Competências Totais (soma dos itens das três escalas citadas). Já o TRF/6-18 avalia o funcionamento adaptativo, fornecendo pontuações em uma escala de desempenho da criança/adolescente em diferentes matérias escolares e pontuações em quatro características adaptativas, sendo elas Dedicção, Comportamento, Aprendizado e Felicidade.

A seção das questões comportamentais e emocionais dos dois instrumentos contém 120 itens que são respondidos através de uma escala tipo Likert de zero (não verdadeiro), um (um pouco ou algumas vezes verdadeiro) ou dois (muito verdadeiro ou muitas vezes verdadeiro). Cada um desses itens pertencerá a uma das escalas que correspondem a síndromes: Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Atenção, Problemas de Pensamento, Comportamento Opositor e Comportamento Agressivo. Além disso, esses mesmos itens compõem outras três escalas maiores: Problemas Internalizantes (Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas), Problemas Externalizantes (Comportamento Opositor e Comportamento Agressivo) e Comportamento Total (inclui itens de todas as síndromes).

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

Procedimentos

Os dados do grupo clínico deste estudo foram coletados a partir dos processos psicodiagnósticos feitos por estagiários e psicólogos que atendem num serviço-escola de avaliação psicológica. Os autores desta pesquisa atuaram como supervisores nas avaliações ou como alunos de iniciação científica do serviço, não realizando as avaliações diretamente. Essas avaliações ocorreram entre agosto de 2017 e outubro de 2018. O período de duração do psicodiagnóstico variou entre 6 e 10 encontros, iniciando com a triagem e sendo finalizado com uma entrevista devolutiva com os pacientes e com seus cuidadores. Na triagem, além da coleta

das informações clínicas, foram coletados os dados socioeconômicos do paciente, aplicados os questionários ASEBA e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados do GC, o projeto foi apresentado às escolas. Com a devida autorização, conforme disponibilidade, os cuidadores foram contatados e convidados a participar da pesquisa por meio da distribuição dos TCLE. Aqueles cuidadores que aceitaram, assinaram o TCLE e receberam uma Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos e o CBCL para preenchimento. Os professores dos alunos participantes, também receberam a TRF para preenchimento.

Aspectos Éticos

Os participantes desta pesquisa estiveram de acordo com o uso dos dados obtidos a partir da sua avaliação, sendo os TCLEs apresentados nas entrevistas iniciais e devidamente assinados pelos cuidadores dos pacientes. Os dados do grupo de participantes pertencentes aos grupos clínicos são oriundos da amostra de um projeto de pesquisa, enquanto os dados dos participantes do grupo não-clínico são oriundos de outro projeto. O primeiro projeto está aprovado na Plataforma Brasil pelo Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa pelo número 938.584, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) registrado com o nº 06289912.9.0000.5334. O segundo projeto está igualmente aprovado pela Plataforma Brasil pelo Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa pelo número 2871265, com CAAE registrado com o nº 85319318.9.0000.5334.3.4.

Análise de Dados

Em relação ao levantamento dos escores das escalas ASEBA, foi utilizado o software *Assessment Data Manager* (ADM). Para as análises descritivas e para análise discriminante múltipla, utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21 para Windows.

A análise discriminante múltipla tem como fim investigar quais variáveis independentes (classificação clínica e não-clínica dos escores-T das escalas de sintomas ASEBA) discriminam os grupos investigados (não-clínicos, clínicos com conclusões de neurodesenvolvimento e clínicos com conclusões de neurodesenvolvimento e emocional). Para isso, foram realizados os seguintes passos: 1) identificação das

variáveis que melhor discriminam os grupos utilizando o método hierárquico *stepwise*; 2) utilização das variáveis identificadas para criar as funções discriminantes que representam as diferenças entre os grupos; 3) desenvolvimento das regras de classificação para futuras observações nos grupos a partir das funções discriminantes (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2014). As análises foram feitas considerando a classificação socioeconômica como possível covariável, mas esta não foi significativa no modelo final da discriminação. As variáveis idade e sexo dos pacientes foram controladas anterior à análise, no levantamento das escalas ASEBA.

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

Resultados

Foram excluídas as escalas de Problemas Afetivos e Problemas Ansiosos para a análise discriminante por essas apresentarem muitas correlações elevadas (acima de 0,6) com as demais escalas, indicando sobreposição (multicolinearidade). Além disso, a partir da ANOVA e dos valores do Lambda de Wilks, foi possível estabelecer quais escalas do CBCL e do TRF apresentaram diferenças de médias significativas entre os grupos determinados neste estudo. A partir dessas etapas, formou-se a função discriminante geral. De acordo com a análise, quatro escalas contribuem para a diferenciação dos três grupos: CBCL Problemas Sociais, TRF Tempo Cognitivo Lento, CBCL Escola e CBCL Retraimento/Depressão. Todas as escalas que formaram as funções obtiveram valores baixos de Lambda de Wilks (entre 0,145 e 0,109) e significativos ($p < 0,001$). Dentre as quatro escalas selecionadas, duas compõem a Função Discriminante 1 (F1), que avalia a discriminação entre GC e GN, e as outras duas compõem a Função Discriminante 2 (F2), que avalia a discriminação entre GN e GNE. Na Tabela 2, estão descritos os principais resultados da análise das funções.

A partir do valor do Lambda de Wilks (Tabela 2) foi possível observar um bom poder discriminatório (0,114) entre o GC e o GN, e um baixo poder discriminatório entre GN e GNE (0,659), indicando que em F2 as médias desses grupos são muito próximas, logo, pouco discriminantes. Além disso, a F1 demonstrou explicar a maior parte da variância (90,2%) e teve correlação alta (0,909) com os escores discriminantes dos grupos com as escalas determinadas pela análise.

Tabela 2.

Resumo de Funções Discriminantes Canônicas¹

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

¹ Resultados com reamostragem por *bootstrap*

A Tabela 3 apresenta o peso que cada escala CBCL e TRF tem em cada função discriminante (Peso Discriminante) e a contribuição de cada escala para cada função (Matriz de Estruturas). Para a F1, o que contribui para a decisão de que o sujeito pertence ao GC ou ao GN são seus escores discriminantes nas escalas CBCL Escola e CBCL Retraimento/Depressão, sendo as correlações das escalas com a F1 modestas (-0,633 e 0,563, respectivamente). GC teve média maior nos escores T no CBCL Escola (ver Tabela 4), sendo este escore dentro do intervalo não-clínico, e GN teve média maior em CBCL Retraimento/Depressão (escore dentro do intervalo clínico). A Escala CBCL Escola teve peso -0,544 na F1 e a escala CBCL Retraimento/Depressão teve o peso 0,347 na mesma função.

Tabela 3.

Pesos Discriminantes e Matriz de Estruturas das Funções¹

	F1		F2	
	Peso Discr. (IC)*	Matriz de Estruturas	Peso Discr. (IC)*	Matriz de Estruturas
CBCL Escola	-0,554 (-0,802 – 0,540)	-0,633**	0,169 (-0,190 – 0,658)	0,333
CBCL Retraimento/ Depressão	0,347 (-0,229 – 0,745)	0,563**	-0,225 (-0,682 – 0,851)	0,016
TRF Tempo Cognitivo Lento	0,241 (-0,123 – 0,616)	0,661	-0,615 (-0,798 – 0,988)	-0,681**
CBCL Problemas Sociais	0,514 (-0,100 – 0,842)	0,455	0,777 (-0,984 – 1,085)	0,681**

¹ Resultados com reamostragem por *bootstrap*

*Intervalo de confiança no *bootstrap* de 95%

**relevantes para a determinação de cada função

Sobre a F2, as escalas que definem se a criança/adolescente pertence ao GN ou ao GNE são as escalas TRF Tempo Cognitivo Lento e CBCL Problemas Sociais (ver Tabela 3). Ambas as escalas têm pesos altos (0,777 e -0,615, respectivamente), e a presença de sinal negativo indica que teve médias maiores em GNE e a ausência desse sinal, que as médias foram maiores em GN.

Tabela 4.

Média dos Escores T das Escalas que Melhor Discriminam os Grupos

	GC	GN	GNE
CBCL Escola1	48,50*	28,58*	30,17*
CBCL Retraimento/Depressão2	51,07*	64,83*	68,83*
TRF Tempo Cognitivo Lento2	51,00*	63,92*	59,17*
CBCL Problemas Sociais2	52,00*	62,75*	73,75*

1 ponto de corte para comportamentos clínicos é ≤ 35

2 ponto de corte para comportamentos clínicos é ≥ 65

*p $\leq 0,005$ para as diferenças entre os grupos

Por último, a análise teve como resultado uma reclassificação dos casos avaliados a partir dos escores discriminantes (ver Tabela 5) e das funções F1 e F2 estabelecidas, verificando assim a predição das escalas incluídas nas funções. Os resultados indicam bons valores de discriminação por meio das funções formadas e uma boa predição (GC= 93,1%; GN=84,6%; GNE=76,8%) dos participantes nas escalas indicadas.

Tabela 5.

Predição da Função Discriminante para Pertencimento aos Grupos¹

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

¹Resultados com reamostragem por *bootstrap*.**Discussão**

Este trabalho teve como objetivo verificar quais escalas dos instrumentos CBCL e TRF contribuem para diferenciar GC, GN e GNE. Além disso, pretendeu-se avaliar o quanto as escalas selecionadas na análise eram preditoras para a classificação dos grupos. O estabelecimento desses objetivos se deu no intuito de melhor compreender quais escalas poderiam contribuir de maneira mais efetiva para a construção das hipóteses diagnósticas no processo psicodiagnóstico, uma vez que os instrumentos ASEBA são

frequentemente usados para esse fim.

Sobre a Função 1 (F1), cabe destacar que o Lambda de Wilks teve menor valor em relação à Função 2 (F2), indicando, dessa maneira, que a primeira função explica mais a variância da amostra. Uma hipótese para esse resultado é a de que o grupo não-clínico difere mais em relação aos grupos clínicos do que os grupos clínicos entre si. A literatura nacional traz estudos nos quais o CBCL foi utilizado como critério para diferenciar amostras clínicas de não-clínicas, e os resultados apontaram diferenças significativas entre esses grupos (Bueno et al., 2011; Sapienza et al., 2009).

A importância atribuída pela análise para a escala CBCL Escola, nessa primeira função (F1), que diferencia GC de GN, pode estar relacionada ao fato de que um dos principais prejuízos acarretados pelos problemas neurodesenvolvimentais (sejam esses sintomas ou transtornos) é o desempenho acadêmico (Siqueira & Gurgel-Gianetti, 2011). O desempenho acadêmico e o ajustamento escolar do educando envolvem a articulação entre aspectos acadêmicos e interpessoais, não apenas cognitivos (Feitosa, Matos, Del Prette, & Del Prette, 2009). Tal resultado reforça a importância de considerar o desempenho acadêmico como um indicador de características clínicas que exigem atenção do profissional na avaliação psicológica.

A escala CBCL Retraimento/Depressão também contribuiu para a diferenciação entre GC e GN, mas em menor intensidade do que a escala CBCL Escola. As questões que compõem essa escala investigam basicamente comportamentos de retraimento social (por exemplo: “Prefere ficar sozinho(a) do que ficar em companhia dos outros”, “Recusa-se a falar”, “É reservado(a), fechado(a), não conta suas coisas para ninguém”) e não efetivamente sintomas depressivos (como alterações no humor, no sono e no apetite), sugerindo que os problemas neurodesenvolvimentais prejudicam as interações sociais das crianças. Com efeito, os sintomas de retraimento social da escala podem indicar sintomas associados aos transtornos do Neurodesenvolvimento, como prejuízo na qualidade das interações sociais, os quais ocorrem, por exemplo, na Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista (Freitas & Del Prette, 2013; Marteleto, Schoen-Ferreira, Chiari, & Perissinoto, 2011; Marton, Wiener, Rogers, & Moore, 2009).

Em relação à F2, a escala TRF Tempo Cognitivo Lento e a escala CBCL Problemas Sociais tiveram maior peso e correlação alta com a F2, que diferenciou GN de GNE. O valor alto no Lambda de Wilks é esperado, uma vez que ambos são grupos considerados clínicos e com sintomas neurodesenvolvimentais, sendo possível hipotetizar que as questões que constituem essa escala formam um ponto comum de sintomas para essas crianças e adolescentes com problemas cognitivos.

O Tempo Cognitivo Lento é um construto pouco estudado no Brasil, mas revisões internacionais (Camprodon et al., 2013; Romero-Ayuso, 2016) o descrevem como um conjunto de sintomas que tem como características: velocidade de processamento da informação diminuída (refletindo numa memória de trabalho pouco eficiente), tendência a devaneios/sonhar acordado (manifestada pela flutuação de atenção) e dificuldade de tomar iniciativa. Esses três sintomas teriam como denominador comum a lentidão cognitiva. Dessa maneira, é possível que a contribuição da escala TRF Tempo Cognitivo Lento para a diferenciação dos grupos GN e GNE esteja associada aos pacientes do GN terem mais sintomas neuropsicológicos do que os do GNE. Outro aspecto importante é o de que essa foi a única escala da TRF entre todas as incluídas nas funções que se mostrou significativa nas análises deste estudo. A literatura brasileira aponta, de uma maneira geral, que os professores tendem a pontuar mais para os alunos em sintomas neurodesenvolvimentais, como problemas de atenção, e em comportamentos externalizantes, como comportamento agressivo e desafiador opositor (Bolsoni-Silva, Silveira, Cunha, Silva, & Orti, 2016; Bolsoni-Silva et al., 2018; Borba & Marin, 2017; Sapienza & Bandeira, 2018).

Já a escala CBCL Problemas Sociais mostrou-se importante para indicar que pacientes com pontuações mais elevadas nesta escala tendem a pertencer ao GNE. Isso corrobora a hipótese de que crianças e adolescentes com questões clínicas psicológicas importantes têm maiores dificuldades relacionais (Campos, 2010; Campos, Del Prette, & Pereira Del Prette, 2014; Freitas et al., 2013; Marteleto et al., 2011; Marton et al., 2009; Vianna, Campos, & Landeira-Fernandez, 2009). Os itens dessa escala abordam questões de dependência social do cuidador, isolamento social e dificuldade de ter boas relações com crianças e adolescentes da mesma faixa etária, o que pode estar relacionado tanto aos sintomas neurodesenvolvimentais

(como na Deficiência Intelectual e no Transtorno do Espectro Autista), quanto às próprias questões emocionais que impedem a criança de interagir de maneira saudável, como os sintomas de alteração de humor, sintomas ou transtornos ansiosos e sintomas ou transtornos depressivos.

Dentre as limitações do estudo está a diferença significativa entre as classes sociais do grupo controle e dos grupos clínicos, o que demarca uma não paridade de recursos socioeconômicos dessas crianças e suas famílias. Estudos apontam que o nível socioeconômico da família tem associação com problemas psicológicos na infância (Silva & Santana, 2012; Wadsworth & Achenbach, 2005). Outra limitação foi o acesso dos avaliadores aos resultados das escalas ASEBA antes de finalizar o processo psicodiagnóstico, podendo haver viés de confirmação dos dados levantados pelos instrumentos ASEBA.

Importante pontuar, também, que a grande maioria das conclusões diagnósticas nas avaliações foram de transtornos do neurodesenvolvimento, não havendo pacientes suficientes para compor um grupo somente de conclusões diagnósticas emocionais. Como já apontado em estudos anteriores (Borsa et al., 2013; Porto, Valente, & Rosa, 2014), casos somente com sintomas emocionais são pouco frequentes em serviços escolas, sendo problemas escolares a principal demanda.

Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo averiguar quais escalas do CBCL e do TRF contribuiriam para a discriminação dos grupos amostrais e, a partir disso, verificar a predição dessas escalas para a classificação dos participantes nos referidos grupos. Os resultados apontaram que as escalas CBCL Escola e CBCL Retraimento/Depressão diferenciaram o GC do GN, indicando que não apenas prejuízos no desempenho acadêmico, mas também prejuízos nas interações sociais caracterizaram o GN. Os resultados também trouxeram que as escalas CBCL Problemas Sociais e TRF Tempo Cognitivo Lento diferenciaram os grupos clínicos GN e GNE. Esses resultados demonstram que ter mais problemas sociais identificados pelo CBCL, como dependência social do cuidador, isolamento social e dificuldade de ter boas relações com crianças e adolescentes da mesma faixa etária caracterizou o GNE em comparação ao GN. Esse último grupo, por sua vez, apresentou mais défices em velocidade de processamento da informação, tendência a devaneios/sonhar

acordado e dificuldade em tomar iniciativa em comparação ao GNE, segundo o relato das professoras.

Esse conjunto de resultados indica que as escalas citadas podem ser bons recursos a serem considerados no momento da formulação das hipóteses no psicodiagnóstico. Sugere-se a replicação deste estudo com uma amostra mais homogênea em relação às variáveis sociodemográficas.

Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). ASEBA school-age forms & profiles. Recuperado de <https://store.aseba.org/MULTICULTURAL-SUPPLEMENT-TO-THE-SCHOOL-AGE-MANUAL-ELECTRONIC-DELIVERY/productinfo/205E/>.
- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in review*, 21(8), 265-271. doi:10.1542/pir.21-8-265
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2016). Simultaneous assesment of social skills and behavior problems: Education and gender. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(3), 453-464. doi:10.1590/1982-02752016000300009
- Bolsoni-Silva, A., Perallis, C., & Nunes, P. (2018). Problemas de comportamento, competência social e desempenho acadêmico: um estudo comparativo de crianças no ambiente escolar e familiar. *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*, 26(3), 1189-1204. doi:10.9788/tp2018.3-03pt.
- Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, A. D. M. D., Cunha, É. V. D., Silva, L. L. D., & Orti, N. P. (2016). Problemas de comportamento e funcionamento adaptativo no teacher's report form (TRF): comparações por gênero e escolaridade. *Gerai's: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 9(1), 141-155. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v9n1/v9n1a11.pdf>
- Borba, B. M. R., & Marin, A. H. (2017). Contribuição dos indicadores de problemas emocionais e de comportamento para o rendimento escolar. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(2), 283-294. doi:10.15446
- Borba, B. M. R., & Marin, A. H. (2018). Problemas emocionais e de comportamento e rendimento escolar em adolescentes. *Psico*, 49(4), 348-357. doi:10.15448/1980-8623.2018.4.26941/rcp.v26n2.59813

- Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C. T., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Silveiras, E. F. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): An overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 13-28. doi:10.1590/S0102-311X2013000100004
- Borsa, J. C., & Nunes, M. L. T. (2008). Concordância parental sobre problemas de comportamento infantil através do CBCL. *Paidéia*, 18(40), 317-330. doi:10.1590/S0103-863X2008000200009
- Borsa, J. C., Segabinazi, J. D., Stenert, F., Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (2013). Caracterização da clientela infanto-juvenil de uma clínica-escola de avaliação psicológica de uma universidade brasileira. *Psico*, 44(1), 73-81. Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10599>
- Bueno, A. C. W., Grossi, R., Santos, B. C., Silva, L. C., & Moura, C. B. (2011). Comparação entre comportamentos apresentados por mães de pré-escolares clínicos e não clínicos em uma situação lúdica. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(2), 4-20. doi:10.31505/rbtcc.v13i2.450
- Campos, J. R. (2010). *Habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão: considerando fatores de gênero e socioeconômicos* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Recuperado de http://www.ppgpsi.ufscar.br/pdf/Diss-Jrc_050615.pdf.
- Campos, J. R., Del Prette, A., & Pereira Del Prette, Z. A. (2014). Habilidades sociais e depressão na adolescência: Uma revisão da literatura. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 22(4), 469-482. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274532646007>
- Camprodon, E. R., Duñó, L., Batlle, S., Estrada, X., Aceña, M., Marrón, M., . . . Ribas-Fitó, N. (2013). El tempo cognitivo lento: Revisión de un constructo. *Child and Adolescent*, 26, 718-723. doi:10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12771

- Coutinho, G., Mattos, P., Schmitz, M., Fortes, D., & Borges, M. (2009). Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: Resultados de uma amostra clínica brasileira. *Revista Psiquiatria Clínica, 36*(3), 97-100. doi:10.1590/S0101-60832009000300003
- Cunha, J. A. (2003). A história do examinando. In J. A. Cunha (Org). *Psicodiagnóstico* (pp. 57-66). São Paulo: Artmed.
- Dalgleish, L. I. (1994). Discriminant analysis: Statistical inference using the jack knife and bootstrap procedures. *Psychological Bulletin, 116*(3), 498-508. doi:10.1037/0033-2909.116.3.498
- Feitosa, F. B., Matos, M. G., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A.. (2009). Desempenho acadêmico e interpessoal em adolescentes portugueses. *Psicologia em Estudo, 14*(2), 259-266. doi:10.1590/S1413-73722009000200006
- Freitas, L. C., & Del Prette, Z. A. P. (2013). Habilidades sociais de crianças com diferentes necessidades educacionais especiais: Avaliação e implicações para intervenção. *Avances em Psicología Latinoamericana, 31*(2), 344-362. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79928611004>
- Giacomoni, C. H. & Bandeira C. M. (2016). Entrevista com pais e demais fontes de informação. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini & J. S. Krug, (Orgs). *Psicodiagnóstico* (pp. 21-26). Porto Alegre: Artmed.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L (2014). *Multivariate data analysis*. Essex: Pearson.
- Krug, J. S, Trentini, C. M., & Bandeira, D. R. (2016). Conceitualização de psicodiagnóstico na atualidade. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & J. S. Krug, (Orgs). *Psicodiagnóstico* (pp. 16-20). Porto Alegre: Artmed.
- Marin, A. H., Borba, B. M. R., & Bolsoni-Silva, A. T. (2018). Problemas emocionais e de comportamento e reprovação escolar: estudo de caso-controle com adolescentes. *Revista Psicologia-Teoria e Prática, 20*(3), 283-298. doi:10.5935/1980-6906/psicologia.v20n3p299-313

- Marteletto, M. R. F., Schoen-Ferreira, T. H., Chiari, B. M., & Perissinoto, J. (2011). Problemas de comportamento em crianças com transtorno autista. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(1), 5-12. doi:10.1590/S0102-37722011000100002
- Marton, I., Wiener, J., Rogers, M., Moore, C., & Tannock, R. (2009). Empathy and social perspective taking in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 37(1), 107-118. doi:10.1007/s10802-008-9262-4
- Pedrini, J. R., & Frizzo, G. B. (2010). Avaliação de indicadores de problemas de comportamento infantil relatados por pais e professores. *Aletheia*, 33, 69-83. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000300007
- Porto, M. A., Valente, M. L. L. D. C., & Rosa, H. R. (2014). A construção do perfil da clientela numa clínica-escola. *Boletim de Psicologia*, 64(141), 159-172. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v64n141/v64n141a05.pdf>
- Reppold, C., & Hutz, C. S. (2008). Investigação psicodiagnóstica de adolescentes: Encaminhamentos, queixas e instrumentos utilizados em clínicas-escolas. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 7(1), 85-91. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3350/335027183011.pdf>
- Ribeiro, A. D. F. (2014). *Comparação de padrões comportamentais referidos por múltiplos informantes e desempenho neuropsicológico na caracterização de sinais de desatenção e hiperatividade em adolescentes* (Dissertação de Mestrado) Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP. Recuperado de <http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/1626>
- Ribeiro, A. F., Marino, R. L. F., Cantiere, C. N., Teixeira, M. C. T. V., Rocha, M. M., Schwartzman, J. S., & Carreiro, L. R. R. (2017). Contribuição de múltiplos informantes para avaliação comportamental de adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade. *Psico*, 48(4), 295-305. doi:10.15448/1980-8623.2017.4.25859

- Rocha, M. M. D., Ferrari, R. A., & Silveiras, E. F. D. M. (2011). Padrões de concordância entre múltiplos informantes na avaliação dos problemas comportamentais de adolescentes: implicações clínicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 11*(3), 948-964. doi:10.12957/epp.2011.8345
- Romero-Ayuso, D. M. (2016). Trastorno por Déficit de Atención y Tempo Cognitivo Lento. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 8*(2), 199-206. Recuperado de <http://revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/article/view/222/135>
- Salbach-Andrae, H., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2009). Patterns of agreement among parent, teacher and youth ratings in a referred sample. *European Psychiatry, 24*(5), 345-351. doi:10.1016/j.eurpsy.2008.07.008
- Santos, L. H. C., Pimentel, R. F., Rosa, L. G. D., Muzzolon, S. R. B., Antoniuk, S. A., & Bruck, I. (2012). Triagem cognitiva e comportamental de crianças com dificuldades de aprendizagem escolar: um estudo preliminar. *Revista Paulista de Pediatria, 30*(1), 93-99. doi:10.1590/S0103-05822012000100014
- Sapienza, G., Aznar-Farias, M., & Silveiras, E. F. D. M. (2009). Competência social e práticas educativas parentais em adolescentes com alto e baixo rendimento acadêmico. *Psicologia: reflexão e crítica, 22*(2), 208-213. doi:10.1590/S0102-79722009000200006
- Sapienza, G., & Bandeira, L. (2018). Funcionamento adaptativo, problemas de comportamento e queixas escolares: percepção de professores. *Revista Diálogo Educacional, 18*(58), 974-991. doi:10.7213/1981-416X.18.058.AO05
- Silva, D. F., & de Santana, P. R. (2012). Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. *Tempus Actas de Saúde Coletiva, 6*(4), 175-185. doi:10.18569/tempus.v6i4.1214
- Silveiras, E. F. M., El Rafihi-Ferreira, R., & Pires, M. L. N. (2014). Relação entre sintomas de insônia em crianças e problemas comportamentais avaliados pelo Child Behavior Checklist1 (CBCL). *Psychologica, 57*(1), 75-92. doi:10.14195/1647-8606_57-1_5

- Souza, F. R., & Mosmann, C. (2013). Crianças e adolescentes encaminhados para psicoterapia pela escola: Percepções de genitores e professores. *Revista da SPAGESP*, 14(2), 39-54. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5446908>
- Vianna, R. R. A. B., Campos, A. A., & Landeira-Fernandez, J. (2009). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: Uma revisão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(1), 46-61. doi 10.5935/1808-5687.20090005
- Vivian, A. G., Timm, J. S., & de Souza, F. P. (2013). Serviço-escola de psicologia: caracterização da clientela infante juvenil atendida de 2008 a 2012, em uma Universidade privada do RS. *Aletheia*, 42, 136-152. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n42/n42a12.pdf>
- Wadsworth, M.E., & Achenbach, T.M. (2005). Explaining the link between low socioeconomic status and psychopathology: Testing two mechanisms of the social causation hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1146-1153. doi:10.1037/0022-006X.73.6.1146
- Wielewicki, A., Gallo, A. E., & Grossi, R. (2011). Instrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional e do planejamento da intervenção. *Temas em psicologia*, 19(2), 513-523. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n2/v19n2a14.pdf>