

# MODELOS CLÍNICOS PARA PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS, EMOCIONAIS E SOCIAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Thomas M Achenbach & David M Ndetei

Versão em português

Tradutores: Rita Rodrigues e Paula Correia

Editor: Ricardo Krause



Thomas M Achenbach PhD

Professor de Psiquiatria e Psicologia da Universidade de Vermont, Burlington, Vermont, EUA.

Conflitos de interesse: Presidente do Centro de Pesquisa Para Crianças, Jovens e Famílias, sem fins lucrativos, que publica o Sistema de Avaliação Empiricamente Validado de Achenbach (ASEBA).

David M Ndetei MD

Professor de Psiquiatria, Universidade de Nairobi, Nairobi, Quênia.

Conflitos de interesses: Diretor da Fundação de Saúde Mental da África, sem fins lucrativos, que promove serviços de saúde mental, treino e pesquisa na África.

Esta publicação é destinada a clínicos em formação ou que trabalham na área de saúde mental, e não ao público em geral. As opiniões expressas são as dos autores e não representam necessariamente as opiniões do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação busca descrever os melhores tratamentos e práticas com base nas evidências científicas disponíveis no momento em que foi escrita conforme avaliado pelos autores e podem sofrer alterações como resultado de novas pesquisas. Os leitores devem aplicar esse conhecimento aos pacientes de acordo com as diretrizes e leis de seu país. Alguns medicamentos podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar as informações específicas do medicamento, pois nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e sites são citados ou vinculados para ilustrar questões ou como fonte de informações adicionais. Isso não significa que os autores, o Editor ou a IACAPAP endossem seu conteúdo ou recomendações, que devem ser avaliados criticamente pelo leitor. Os sites também podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2020. Esta é uma publicação de livre acesso sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja devidamente citado e o uso não seja comercial.

Citação sugerida: Achenbach TM, Ndetei DM. Clinical models for child and adolescent behavioral, emotional, and social problems. Em Rey JM, Martin A (eds), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2020.

Este capítulo apresenta modelos que permitem a distinção entre vários tipos de problemas comportamentais, emocionais e sociais manifestados por crianças (para simplificar, são usados os termos “criança”, “crianças” e “infância” para incluir as idades desde o nascimento até os 18 anos). É usado o termo “modelos” para incluir nosologias (isto é, classificações de doenças) oficiais, como a *Classificação Internacional de Doenças* (CID) da Organização Mundial de Saúde (1992) e o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria (2000). Também é usado o termo “modelos” para incluir nosologias alternativas, como a *Classificação Diagnóstica de Saúde Mental e Perturbações do Desenvolvimento da Primeira Infância, Revista* (DC:0-3R; Zero to Three, 2005), além de modelos de base empírica derivados de dados de grandes amostras de crianças.

O termo “modelo” tornou-se amplamente usado para designar representações sistemáticas de fenómenos. Ele implica que fenómenos particulares podem ser representados (isto é, modelados) de várias maneiras. Implica também que modelos diferentes para determinados fenómenos podem ser avaliados em termos de sua utilidade para fins específicos, em vez de exigir escolhas forçadas de um modelo como correto e outros como errados. Assim, por exemplo, um modelo do DSM pode usar termos e critérios diferentes dos de um modelo da CID para problemas de concentração, mas ambos podem ser úteis para diferentes propósitos e/ou em diferentes sistemas de tratamento.

Alguns modelos são projetados para representar relações entre determinados fenómenos sem representar as causas destes. Outros modelos são projetados para representar as causas de fenómenos. Em seus estádios atuais de desenvolvimento, os modelos clínicos apresentados neste capítulo não incluem causas específicas de problemas comportamentais, emocionais ou sociais (este capítulo não aborda a Perturbação de Desenvolvimento Intelectual ou patologias como Síndrome de Down, Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Williams e fenilcetonúria, para as quais fatores causais genéticos ou físicos estão bem documentados – ver o Capítulo C.1.). Embora fatores genéticos e físicos possam afetar muitos problemas comportamentais, emocionais e sociais, a escassez de conhecimento sobre vias causais específicas demonstra que os modelos clínicos devem focar em características fenotípicas que os clínicos podem identificar e com as quais podem trabalhar. Para colaborar com os clínicos no avanço da compreensão das etiologias, dos efeitos de tratamentos e de seus resultados, os investigadores também precisam usar modelos fenotípicos semelhantes para interligar o seu trabalho com os casos observados pelos clínicos.

### CID e DSM

Como as nosologias da CID-11 e do DSM-5 ainda estão a ser desenvolvidas, não é possível ser específico sobre formatos, categorias ou critérios destas. Consequentemente, a nossa apresentação baseia-se em aspetos dos modelos da CID e do DSM já existentes que poderão continuar nas edições ainda pendentes.

Os modelos da CID e do DSM baseiam-se em contribuições de comitês de especialistas que entram em acordo sobre as categorias de diagnóstico a serem usadas e os critérios a serem especificados para determinar se os indivíduos se encaixam nos diagnósticos modelados para cada categoria. Os especialistas possuem uma ampla gama de experiências a nível clínico, administrativo, de saúde pública e de

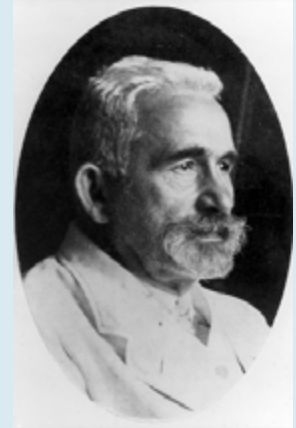
## Emil Kraepelin (1856-1926)

### O suposto pai da nosologia psiquiátrica

A Emil Kraepelin é atribuída a criação de modelos clínicos para psicopatologias, o que lançou as bases para as nosologias psiquiátricas. Durante a sua formação médica na Universidade de Leipzig na década de 1870, Kraepelin tornou-se discípulo de Wilhelm Wundt, considerado o fundador da psicologia experimental. Usando os métodos experimentais de Wundt para estudar o funcionamento psicológico de pacientes, ele incluiu características psicológicas nos seus modelos clínicos e escreveu sua tese de doutoramento sobre o lugar da psicologia na psiquiatria.

Kraepelin inicialmente acreditava que a documentação cuidadosa de diferentes fenótipos psicopatológicos acabaria por guiar a descoberta de uma doença cerebral específica subjacente a cada fenótipo. Em 1883, Kraepelin publicou a primeira edição do seu *Compendium der Psychiatrie*, que foi seguida nos próximos 43 anos por mais oito edições de importância progressivamente maior. Entre outras realizações, Kraepelin é creditado com a quebra do que era uma categoria única de todas as psicoses em categorias separadas de perturbações maniaco-depressivas e demência praecox (demência precoce), mais tarde renomeada esquizofrenia. Nas edições posteriores do *Compendium*, Kraepelin acrescentou perturbações psicogénicas, além de perturbações de personalidade que ele considerava estarem na fronteira entre doença e idiosincrasias comuns.

Como ilustrado em um cartoon desenhado por Kraepelin, ele não levava os diagnósticos psiquiátricos muito a sério. A reprodução do *Bierzeitung* (Beer Newspaper) de 1896 abaixo contém a legenda (em tradução para o português) "Psiquiatras da Europa! Protejam seus diagnósticos sagrados!". Assim, Kraepelin, advertiu contra tornar-se excessivamente impressionado com diagnósticos.





investigação. Os rascunhos das categorias e critérios propostos são amplamente divulgados para serem comentados e revistos com base nos comentários. Devem ser realizados ensaios de campo para testar os critérios. Para as categorias diagnósticas infantis do DSM-IV-TR que são definidas principalmente em termos de problemas comportamentais, emocionais e sociais (por exemplo, problemas de concentração, problemas de comportamento, oposição e desafio, ansiedade, depressão), os critérios incluem uma lista de sintomas, dos quais um determinado número deve estar presente para justificar o diagnóstico (American Psychiatric Association, 2000). Critérios adicionais incluem a duração dos sintomas, a idade de início e a presença de comprometimento na qualidade de vida. Os critérios são semelhantes para crianças de todas as idades e para ambos os sexos. Os critérios também são semelhantes para informações obtidas de diferentes fontes, como relatos de pais, professores ou crianças, testes e observações clínicas. Se houver inconsistências ou contradições entre diferentes fontes (por exemplo, um professor relata problemas de atenção, mas o pai e a criança não), o clínico deve, em última análise, fazer uma avaliação sim-versus-não sobre se cada critério de diagnóstico está presente. O clínico deve, então, fazer uma avaliação sim-versus-não sobre se a criança se encaixa em tal diagnóstico.

### **Critérios de diagnóstico dimensionais do DSM**

Na preparação do DSM-5, a Associação Americana de Psiquiatria indicou uma equipa para considerar as possibilidades de critérios de diagnóstico “dimensionais” (ou seja, quantitativos). A equipa fez várias publicações que suportam critérios dimensionais para muitos tipos de diagnósticos de crianças e adultos (Helzer et al, 2008). No entanto, ainda não está claro se ou como os critérios do DSM-5 podem ser dimensionados. Uma possibilidade é que os critérios para diagnósticos clínicos manterão o formato de sim-versus-não do DSM-IV-TR, mas outros critérios de diagnóstico para pesquisa poderão incluir algum tipo de dimensionalização.

### **Critérios de diagnóstico para pesquisa da CID-10**

*A Classificação de Perturbações Mentais e Comportamentais: Critérios de Diagnóstico Para Pesquisa* da CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 1993) acrescentou critérios para pesquisa aos que já tinham sido publicados anteriormente para diagnósticos clínicos (Organização Mundial de Saúde, 1992). Os critérios de diagnóstico para pesquisa da CID-10 assemelham-se aos critérios do DSM-IV-TR, pois especificam sintomas e outras características que devem ser avaliadas como sim-versus-não. Depois dos especialistas realizarem a avaliação sim-versus-não de cada critério, eles devem realizar uma avaliação sim-versus-não sobre se uma criança se encaixa em um determinado diagnóstico.

### **Diferenças entre os critérios de diagnóstico clínico da CID-10 e do DSM**

Os critérios de diagnóstico clínico da CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 1992) diferem dos critérios do DSM-IV-TR na medida em que carecem de declarações explícitas de sintomas específicos, outras características e regras de decisão para fazer avaliações sim-versus-não para determinar se a criança se encaixa em um determinado diagnóstico. A CID-10 e o DSM-IV-R também diferem consideravelmente em suas descrições de categorias diagnósticas e em algumas das categorias por si próprias. Por exemplo, a CID-10 possui categorias de diagnóstico para perturbação de rivalidade fraterna e perturbação hipercinética que não existem

A CID-10 difere do DSM-IV na medida em que a CID-10 carece de declarações explícitas de sintomas específicos, outras características e regras de decisão para fazer avaliações sim-versus-não para determinar se a criança se encaixa em um determinado diagnóstico.

no DSM-IV-R.

A CID-10 e o DSM-IV-R também diferem nas subdivisões de certas categorias de diagnóstico. Por exemplo, o DSM-IV-R divide a categoria para perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (PHDA) em tipo predominantemente desatento, tipo predominantemente hiperativo-impulsivo e tipo combinado. Por contraste, a categoria da CID-10 mais semelhante à PHDA é designada como perturbação hipercinética da infância, que não é subdividida em categorias como as do DSM-IV-R. Por outro lado, a CID-10 subdivide a perturbação da conduta em perturbação da conduta restrita ao contexto familiar, perturbação da conduta não-socializada e perturbação da conduta socializada. Embora o DSM-IV-R, Apêndice H liste os números de código da CID-10 para muitas categorias de diagnóstico do DSM, não há muita concordância entre diagnósticos específicos do DSM e diagnósticos da CID feitos para as mesmas crianças, mesmo quando os diagnósticos do DSM e da CID possuem o mesmo número de código.

## CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA DA PRIMEIRA INFÂNCIA

A *Classificação Diagnóstica de Saúde Mental e Perturbações do Desenvolvimento da Primeira Infância* (DC:0-3) foi publicada pela primeira vez em 1994, seguida de uma edição revista (DC:0-3R) em 2005 (Zero to Three, 1994, 2005). Um objetivo principal foi responder “ao fracasso do sistema DSM em incluir (1) cobertura suficiente de perturbações da primeira infância que necessitavam de atenção clínica ou (2) consideração suficiente de características do desenvolvimento de perturbações precoces” (Zero to Three, 2005). Assim como o DSM e a CID, a DC:0-3 foi desenvolvida por especialistas que entraram em acordo com relação a categorias e critérios de diagnóstico.

### Eixos da DC:0-3R

A DC:0-3R inclui os seguintes cinco eixos:

- I. Perturbações clínicas
- II. Classificação de relacionamento
- III. Perturbações e condições médicas e desenvolvimentais
- IV. Fatores de stress psicossociais
- V. Funcionamento emocional e social

Algumas das perturbações clínicas do Eixo I, como a *perturbação do stress pós-traumático*, a *perturbação de ansiedade de separação* e a *perturbação de ansiedade generalizada*, possuem correspondentes no DSM-IV-TR. No entanto, como são projetados para crianças com idades de 0 a 3 anos, os critérios da DC:0-3R são bastante diferentes dos critérios do DSM-IV-TR e são ilustrados com exemplos clínicos para idades de 0 a 3 anos. Outras perturbações da DC:0-3R não possuem correspondentes claros no DSM-IV-TR. Alguns exemplos incluem: *perturbação de privação/maus tratos*, que “ocorre no contexto de privação ou maus-tratos” (p.17); *luto prolongado/reacção de perda prolongada*; *perturbação mista de expressividade emocional*, “caracterizada pela dificuldade de uma criança em expressar uma gama e intensidade emocionais apropriadas ao seu desenvolvimento durante um período de pelo menos 2 semanas” (p 27); e *hipersensibilidade*, referindo-se à hipersensibilidade aos estímulos sensoriais. Uma categoria de diagnóstico designada *perturbação de*



Clique na foto para acessar o site do DSM-5, que fornece detalhes de mudanças propostas para a classificação e o motivo de tais mudanças.

A DC:0-3 foi desenvolvida para responder ao fracasso do sistema DSM em incluir perturbações da primeira infância e suas características clínicas específicas suficientemente.

*desenvolvimento multissistêmico* é projetada para crianças com menos de 2 anos de idade que manifestam problemas semelhantes aos especificados para a perturbação global do desenvolvimento no DSM-IV-TR.

O Eixo II da DC:0-3R (*Classificação de relacionamento*) não tem correspondente no DSM-IV-TR, mas é considerado especialmente importante para crianças pequenas. Como base para a classificação do relacionamento, a DC:0-3R fornece a Escala de Avaliação Global do Relacionamento Pais-Criança (PIR-GAS), na qual os médicos avaliam o relacionamento entre pais e crianças de 0 a 100 pontos. As pontuações da PIR-GAS de 81-100 indicam *relacionamentos adaptados*, pontuações de 41-80 indicam *características de um relacionamento disfuncional* e pontuações de 0-40 indicam um *relacionamento disfuncional*. A DC:0-3R também fornece a Lista de Problemas de Relacionamento (RPCL) para os clínicos avaliarem as seguintes características do relacionamento entre pais e crianças: superenvolvidos, subenvolvidos, ansiosos/tensos, irritados/hostis, verbalmente abusivos, fisicamente abusivos e sexualmente abusivos. Para cada uma dessas características, os clínicos devem indicar se “não há evidências”, “há alguma evidência, mas necessita de investigação adicional” ou “há evidências substanciais” com base na qualidade comportamental da interação, no tom afetivo e no envolvimento psicológico.

O Eixo V da DC:0-3R (*Funcionamento Emocional e Social*) pode ser considerado análogo ao Eixo V do DSM-IV-R (Avaliação Global do Funcionamento). No entanto, o Eixo V do DSM-IV-TR é avaliado com uma única escala de 100 pontos para pontuar o funcionamento psicológico, social e ocupacional. Por outro lado, o Eixo V da DC:0-3R compreende avaliações clínicas de 6 pontos das seguintes capacidades de funcionamento emocional e social (p. 62):

- Atenção e regulação
- Desenvolvimento de relacionamentos/envolvimento mútuo
- Comunicação bidirecional intencional
- Gestos complexos e resolução de problemas
- Uso de símbolos para expressar pensamentos/sentimentos
- Conexão lógica de símbolos/pensamento abstrato

O Eixo III da DC:0-3R (*Doenças e Condições Médicas e Desenvolvimentais*) e o Eixo IV da DC:0-3R (*Fatores de Stress Psicossociais*) são mais ou menos análogos ao Eixo III do DSM-IV-TR (*Condições Médicas Gerais*) e ao Eixo IV do DSM-IV-TR (*Problemas Psicossociais e Ambientais*), embora o conteúdo e os exemplos clínicos dos eixos da DC:0-3R sejam específicos para as crianças com idades de 0 a 3 anos.

Para os clínicos que trabalham com bebês e crianças pequenas, a DC:0-3R aborda aspectos muito mais relevantes de funcionamento, problemas e questões do que a CID ou o DSM-IV-R. No entanto, a utilização adequada dos cinco eixos da DC:0-3R requer bastante treino, bem como extensas interações com cada criança e com os seus cuidadores sob múltiplas condições. São necessárias mais pesquisas para determinar como treinar clínicos para usar a DC:0-3R com fiabilidade, validade e utilidade adequadas.



Carteiro uniformizado com uma criança na bolsa (1900)

Este carteiro posou para uma fotografia humorística com um menino na sua bolsa. Depois da introdução do serviço de encomendas postais nos EUA, em 1913, pelo menos duas crianças foram enviadas pelos correios. Com os selos presos às suas roupas, as crianças viajavam com os transportadores ferroviários e urbanos até o seu destino. O diretor-geral dos Correios rapidamente emitiu um regulamento que proibia o envio de crianças pelo correio depois de ouvir sobre esses casos (National Postal Museum, EUA).

## LACUNAS ENTRE OS MODELOS NOSOLÓGICOS E A AVALIAÇÃO CLÍNICA

As nosologias CID, DSM e DC:0-3R destinam-se a incluir os conceitos de perturbações que foram apurados por vários especialistas. Com exceção da utilização de testes cognitivos padronizados para determinar se as crianças atendem aos critérios de diagnóstico para Perturbação do Desenvolvimento Intelectual ou dificuldades de aprendizagem, as nosologias não especificam procedimentos de avaliação clínica nos quais se pode basear o julgamento de cada critério para fazer diagnósticos de perturbações específicas. Por exemplo, os critérios do DSM-IV-R para a PHDA listam nove sintomas de desatenção (por exemplo, “muitas vezes esquece-se das atividades diárias”) e nove sintomas de hiperatividade-impulsividade (por exemplo, “frequentemente fala excessivamente”). Para que uma criança tenha o diagnóstico de PHDA, o clínico deve determinar que pelo menos 6 dos 9 sintomas de pelo menos uma lista “persistiram por pelo menos 6 meses de uma forma desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento”. O clínico também tem que avaliar se alguns sintomas causaram comprometimento à criança antes dos 7 anos de idade, se os sintomas atualmente causam comprometimento em pelo menos dois contextos distintos (por exemplo, em casa e na escola) e se há evidências claras “de comprometimento clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional” (Associação Americana de Psiquiatria, 2000, pp 92-93).

Para diagnosticar crianças, os clínicos devem determinar que informações obter para fazer a avaliação sim-versus-não de cada critério para todas as perturbações que a criança possa ter, como obter as informações e de quem. Na maioria dos casos, os clínicos entrevistam a criança e pelo menos um guardião legal. No entanto, o tempo de entrevista é precioso e raramente é suficiente para avaliar todos os critérios de sintomas potencialmente relevantes. Para cada sintoma de PHDA que é relatado ao clínico, as crianças e os pais podem não ser capazes de dizer com exatidão se o sintoma causou comprometimento antes dos 7 anos de idade e se ele atualmente causa comprometimento em pelo menos dois contextos diferentes.

Se uma criança frequenta a escola, o clínico normalmente pretende obter informações de um ou mais professores da criança para ter conhecimento do funcionamento desta na escola. Na verdade, para avaliar se a criança atende aos critérios para PHDA, o clínico normalmente precisa saber se pelo menos 6 dos 9 sintomas de uma ou ambas as listas causam comprometimento no ambiente escolar. Como os professores muitas vezes aconselham que a criança seja encaminhada a um pedopsiquiatria e como muitos problemas infantis interferem no seu funcionamento escolar, a contribuição dos professores pode ser muito valiosa, além de ser necessária para avaliar se determinados sintomas causam comprometimento na escola. Como os clínicos raramente conseguem entrevistar professores, são necessários outros métodos para obter informações destes.

Quaisquer que sejam os métodos de avaliação, os relatos dos pais, professores e crianças geralmente diferem em relação aos critérios necessários para o diagnóstico (De Los Reyes, 2011). Consequentemente, os clínicos podem sentir dificuldades em fazer avaliações diagnósticas sim-versus-não com base em informações díspares de diferentes fontes. O trabalho dos clínicos também pode ser dificultado pelo fracasso das nosologias em especificar procedimentos para avaliar problemas comportamentais, emocionais e sociais em diferentes contextos e por lacunas entre o que os pais, os professores e as crianças são capazes de relatar e os requisitos diagnósticos para a avaliação sim-versus-não. Portanto, os clínicos precisam de métodos práticos para avaliar os problemas das crianças em vários contextos e para lidar com as discrepâncias entre as diferentes fontes de informação.

### **Entrevistas diagnósticas padronizadas**

Foram desenvolvidas várias entrevistas diagnósticas padronizadas (SDIs) para obter dados de avaliação de informadores, a fim de determinar se os critérios para o diagnóstico são atendidos. Estão disponíveis versões paralelas de várias SDIs para serem utilizadas com as crianças e com os pais, embora a concordância entre diagnósticos feitos a partir de entrevistas com pais e filhos seja tipicamente baixa.

Dentre as várias SDIs para diagnosticar crianças, o *Programa de Entrevista Diagnóstica para Crianças* (DISC; Shaffer et al, 2000) é talvez a mais utilizada. O DISC é altamente estruturado. Isso significa que ele inclui perguntas estreitamente focadas para obter respostas sim-versus-não quanto ao cumprimento de cada critério de diagnóstico do DSM. Como as respostas sim-versus-não do respondente são a base para determinar se cada critério é cumprido, SDIs altamente estruturadas, como o DISC, são chamadas de entrevistas “baseadas no respondente”. Não são necessárias nem habilidades clínicas nem julgamentos clínicos para utilizar o DISC. No entanto, é necessário um treino intensivo para se aprender a formular



as perguntas corretamente, registrar as respostas e reagir com flexibilidade quando as respostas não puderem ser claramente codificadas como sim-versus-não. Para conseguir avaliar todos os critérios de sintomas, comprometimento, ocorrência em múltiplos contextos, duração, idade de início, etc., de todos os diagnósticos do DSM relevantes para crianças, o DISC contém milhares de perguntas. Existem opções de “pular” para ignorar perguntas de alguns diagnósticos caso a criança aparente não atender aos critérios para tais diagnósticos. No entanto, a aplicação do DISC geralmente dura pelo menos uma hora para cada informador (por exemplo, 1h para o pai e 1h para o filho) e pode durar várias horas no caso de entrevistas com crianças que apresentem vários problemas clínicos.

Além das SDIs baseadas no respondente, como o DISC, há um segundo tipo de SDI, que são conhecidas como “baseadas no entrevistador”. Estas SDIs devem ser aplicadas por entrevistadores clinicamente treinados que conseguem formular as perguntas semiestruturadas da SDI de forma apropriada para cada entrevistado. Os entrevistadores também devem ser treinados para avaliar as respostas do entrevistado como indicando se a criança atende ou não a cada critério para cada diagnóstico. A SDI baseada no entrevistador mais utilizada é a *Escala Kiddie para Perturbações Afetivas e Esquizofrenia* (K-SADS; Kaufman et al, 1997).

Um terceiro tipo de SDI combina aspectos de SDIs baseadas no respondente e SDIs baseadas no entrevistador. Um exemplo é a *Avaliação sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar* (DAWBA; Goodman et al, 2000). O DAWBA inclui entrevistas estruturadas para serem aplicadas aos pais e jovens entre os 11 e 16 anos. As entrevistas do DAWBA incluem algumas perguntas abertas que devem ser feitas após as respostas dos entrevistados às perguntas estruturadas. É utilizado um breve questionário para obter dados de professores. Os dados recolhidos dos pais, dos professores e dos jovens são todos reunidos por um programa de computador que gera diagnósticos prováveis. Em seguida, avaliadores clínicos experientes veem as informações produzidas pelo computador e decidem se aceitam ou não os diagnósticos gerados por computador.

### ***Relação entre entrevistas diagnósticas padronizadas e diagnósticos clínicos***

Atualmente, as SDIs são amplamente utilizadas em investigações de patologias de crianças e adultos. Consequentemente, muitos resultados publicados sobre associações entre diagnósticos e outras características são baseados em diagnósticos feitos com SDIs. No entanto, devido ao custo e ao tempo necessários para treinar os entrevistadores e aplicar as SDIs, estas entrevistas raramente são utilizadas na prática clínica. Deve-se, portanto, questionar: os diagnósticos que as crianças receberiam sendo avaliadas através das SDIs seriam os mesmos se fossem avaliadas clinicamente? Para responder a esta questão, foi realizada uma meta-análise com dados de 38 estudos que relataram a correspondência entre os diagnósticos feitos por SDIs e por avaliações clínicas dos mesmos pacientes (Rettew et al, 2009). A correspondência foi expressa em termos de percentagem de casos que receberam os mesmos diagnósticos por meio de SDIs e de avaliações clínicas. Foi utilizado o coeficiente *kappa* (Cohen, 1960) para fazer a análise de concordância. A concordância entre os diagnósticos de crianças realizados por SDIs e por avaliações clínicas foi de 39% após a correção estatística. Em outras palavras, as SDIs e as avaliações clínicas resultaram nos mesmos diagnósticos para 39% das crianças, mas diferentes diagnósticos para 61% das crianças. As

percentagens de correspondência variaram consideravelmente entre os diversos diagnósticos, com a correspondência mais baixa (de 19%) sendo para Perturbações de Ansiedade Generalizada, e a mais elevada (de 86%) para Anorexia Nervosa (para obter números suficientemente grandes, os dados de crianças e adultos foram combinados ao calcular estas percentagens). Para algumas perturbações, como Anorexia Nervosa, a elevada correspondência entre os diagnósticos indica que os resultados de diagnósticos de SDIs podem ser aplicados a diagnósticos clínicos. No entanto, a baixa correspondência para outros diagnósticos, como Perturbação de Ansiedade Generalizada, indica que os resultados de SDIs não podem ser aplicados a diagnósticos clínicos.

Como foram utilizadas várias SDIs para obter os diagnósticos relatados nos estudos publicados, também é necessário questionar se cada criança receberia os mesmos diagnósticos com a aplicação de SDIs diferentes. Surpreendentemente, ainda existem poucas pesquisas publicadas sobre esta questão. No que pode ser o único estudo publicado sobre a correspondência entre os diagnósticos de crianças feitos a partir das SDIs mais utilizadas, apenas 3% dos diagnósticos feitos a partir de entrevistas de DISC com crianças e seus pais concordaram com os diagnósticos feitos a partir de entrevistas de K-SADS com as mesmas crianças e pais (Cohen et al., 1987). Assim, para muitas crianças, não se pode esperar que diferentes SDIs cheguem aos mesmos diagnósticos, nem se pode esperar que as SDIs resultem nos mesmos diagnósticos que as avaliações clínicas.

### **Instrumentos para classificação de problemas infantis**

Para ajudar os clínicos a obter informações de pais, professores e crianças, foram desenvolvidos vários instrumentos padronizados de avaliação por pontuação. Muitos desses instrumentos são projetados para serem de autoaplicação, mas também podem ser aplicados por entrevistadores leigos que leiam os itens em voz alta e insiram as respostas do entrevistado em um formulário de avaliação ou em um computador. Se um clínico analisar os resultados dos instrumentos de avaliação preenchidos por um ou mais tutores, ele poderá adaptar o tempo da entrevista para focar nas áreas problemáticas reveladas pelos resultados e em questões que não foram exploradas pelos instrumentos de avaliação. Usando instrumentos que fornecem formulários paralelos completos por pais, professores e crianças, o clínico pode comparar os resultados para identificar concordâncias e discrepâncias. Em seguida, o clínico pode utilizar entrevistas e outros meios para investigar mais a fundo. A utilização de instrumentos de avaliação paralelos preenchidos por pais, professores e crianças permite que os clínicos obtenham e comparem uma grande quantidade de informações de múltiplos informadores em pouco tempo. Os instrumentos de avaliação também são adaptados para serem preenchidos por cuidadores de creches, assistentes operacionais que analisam o comportamento das crianças em grupos, como na sala de aula, e clínicos que aplicam entrevistas clínicas e/ou testes de habilidades padronizados (Achenbach, 2009).

Os itens de alguns instrumentos de avaliação destinam-se a aproximar os critérios de sintomas incorporados nas nosologias oficiais. Um exemplo é a *Escala de Avaliação de PHDA* (DuPaul et al, 1998), que possui 18 itens que se aproximam dos nove critérios de sintomas de desatenção e dos nove critérios de hiperatividade-impulsividade para PHDA do DSM-IV-TR. Entretanto, ao contrário dos critérios do DSM-IV-TR, cada item da Escala de Avaliação de PHDA é pontuado como

0 = Nunca ou raramente, 1 = Ocasionalmente, 2 = Frequentemente ou 3 = Muito frequentemente. As pontuações são somadas para resultarem em pontuações separadas para as escalas que compreendem os itens de desatenção e hiperatividade-impulsividade. Foram estabelecidas pontuações de corte clínicas em distribuições de pontuações de escalas obtidas a partir de avaliações de pais e professores de uma amostra de crianças nos EUA. Assim, embora os itens se aproximem dos critérios de sintomas do DSM-IV-TR, os avaliadores não são obrigados a fazer respostas sim-versus-não, e os clínicos podem ver como as pontuações de escalas se comparam com distribuições normativas de pontuações de escalas e com pontuações de corte dessas distribuições.

Há outros instrumentos de avaliação que também se concentram em uma categoria de diagnóstico específica, como a PHDA, mas estes também incluem problemas adicionais, como por exemplo, as *Escalas de Avaliação de Conners-Revistas* (CRS-R; Conners, 2001). Há ainda outros instrumentos de avaliação que incluem itens mais diversificados e que são pontuados em escalas criadas por uma combinação de análises estatísticas e por decisões dos autores sobre quais itens atribuir a escalas específicas. O *Questionário de Pontos Fortes e Dificuldades* (SDQ; Goodman, 1997), por exemplo, possui 25 itens, que são pontuados em cinco escalas criadas pelo autor. O *Sistema de Avaliação Comportamental para Crianças-2* (BASC-2; Reynolds & Kamphaus, 2004) é um instrumento muito mais longo que é pontuado em várias escalas com base em uma combinação de análises estatísticas e decisões dos autores sobre quais itens atribuir a escalas específicas. Instrumentos como a Escala de Avaliação de PHDA, as CRS-R, o SDQ e o BASC-2 são úteis para obter avaliações de informadores sobre variados tipos de problemas, mas não eliminam as lacunas entre a avaliação clínica e os modelos nosológicos, tal como as SDIs.

## MODELOS CLÍNICOS DERIVADOS DE CLASSIFICAÇÕES DE PROBLEMAS INFANTIS

Grande parte dos modelos nosológicos foram criados através de procedimentos “top-down”. Em outras palavras, a criação dos modelos nosológicos começou “no topo” com categorias diagnósticas propostas por especialistas. Para cada categoria, os especialistas propuseram critérios para determinar se os problemas de uma criança se encaixavam na categoria. Embora as contribuições de outros especialistas e de estudos de campo tenham sido usadas para ajustar alguns critérios, as categorias e critérios diagnósticos não foram derivados de dados de amostras reais de crianças. Além disso, os critérios diagnósticos são os mesmos para os sexos masculino e feminino, independentes da idade, da fonte de informação ou da sociedade em que estão inseridos.

Assim como vários modelos nosológicos podem coexistir, também diferentes tipos de modelos alternativos podem coexistir com modelos nosológicos. Uma alternativa envolveu a utilização de procedimentos “bottom-up” para derivar modelos clínicos de avaliações de muitas crianças. Isso foi feito com pais, professores e crianças pontuando diversos problemas como 0 = Não verdadeiro, 1 = Um pouco ou algumas vezes verdadeiro e 2 = Muito verdadeiro ou muitas vezes verdadeiro para milhares de crianças encaminhadas para serviços de saúde mental e milhares de crianças de uma amostra da população geral (Achenbach & Rescorla, 2000; 2001). Os itens foram selecionados de forma iterativa e refinados com base

em contribuições de clínicos na área da saúde mental. Essas contribuições foram baseadas em pesquisas sobre problemas relatados por crianças encaminhadas para serviços de saúde mental e baseadas em análises de avaliações fornecidas por pais, professores e crianças em sucessivas edições piloto dos instrumentos de avaliação. Em vez da seleção ser feita com base em conceitos diagnósticos de especialistas, os conjuntos de itens finais foram selecionados com base na capacidade destes de distinguir significativamente crianças que foram encaminhadas para serviços de saúde mental ou de educação especial de crianças demograficamente semelhantes que não foram encaminhadas para tais serviços. Critérios importantes para a retenção de itens de problemas foram: (a) podem ser compreendidos e avaliados pelos pais, professores e/ou crianças, e (b) são avaliados significativamente mais alto para crianças encaminhadas para serviços de saúde mental do que para crianças demograficamente semelhantes que não foram encaminhadas para tais serviços.

Embora muitos dos itens tenham análogos nos critérios nosológicos, há outros itens que também distinguem crianças encaminhadas para serviços de saúde mental de crianças não encaminhadas para estes serviços, apesar de não estarem entre os critérios nosológicos. Igualmente importante é o fato de que os itens foram redigidos para que pais, professores e crianças pudessem avaliá-los, em vez de serem redigidos em termos de critérios nosológicos que pais, professores e crianças poderiam não entender. As versões finais dos instrumentos de avaliação podem ser finalizadas em cerca de 15 minutos e incluem avaliações de competências, bem como avaliações de problemas. Os instrumentos incluem o *Questionário de Comportamento da Criança* para as idades de 1½ a 5 e 6 a 18 anos (Child Behavior Checklist - CBCL), o *Questionário de Comportamento da Criança para Cuidadores e Educadores* para as idades de 1½ a 5 anos, o *Questionário de Comportamento da Criança para Educadores* para as idades de 6 a 18 anos e o *Questionário de Autoavaliação para Jovens* para idades de 11 a 18 anos (Achenbach & Rescorla, 2000; 2001).

### **Modelos de Síndromes**

Depois que os instrumentos de avaliação foram desenvolvidos, as avaliações de milhares de crianças foram estatisticamente analisadas para identificar padrões (ou seja, síndromes) de problemas que tendem a ocorrer juntos. As síndromes receberam nomes que sintetizam os problemas que as constituem. Para as idades de 6 a 18 anos, as síndromes são designadas como *Ansiedade/Depressão*, *Isolamento/Depressão*, *Queixas Somáticas* (sem causa médica conhecida), *Problemas Sociais*, *Problemas de Pensamento*, *Problemas de Atenção*, *Comportamento de Violação de Regras* e *Comportamento Agressivo*. Foram encontrados análogos de várias dessas síndromes para idades de 1½ a 5 anos, mas síndromes designadas como *Emocionalmente Reativa* e *Problemas do Sono* também foram encontradas. As pontuações das crianças em cada síndrome são calculadas somando as pontuações 0-1-2 dos itens da síndrome. Para tornar mais fácil para os clínicos comparar uma criança aos seus pares que não foram encaminhados para serviços de saúde mental, as pontuações da síndrome são exibidas em perfis em comparação com as normas para a idade e o sexo da criança, o tipo de informador (pai, professor, a própria criança) e a sociedade relevante (explicado mais adiante).

Foram realizadas análises estatísticas adicionais que identificaram associações entre subconjuntos das síndromes que são designadas como *Internalizantes*



(ansiedade, depressão, isolamento social, queixas somáticas) e *Externalizantes* (violação de regras e comportamento agressivo). As pontuações para Internalizantes e Externalizantes são calculadas somando-se as pontuações 0-1-2 dos itens que compõem esses grupos mais amplos. Uma pontuação de *Problemas Totais* também é calculada somando as pontuações 0-1-2 de todos os itens de problemas em um formulário. Pontuações de Internalizantes, Externalizantes e Problemas Totais são exibidas em perfis em comparação com as normas para a idade e o sexo da criança, o tipo de informador e a sociedade relevante.

### **Escalas orientadas pelo DSM**

Os itens dos instrumentos de avaliação foram selecionados através de procedimentos bottom-up, que começaram com avaliações de crianças, em vez de procedimentos top-down, que começaram com categorias de diagnóstico. No entanto, alguns dos itens de problemas possuem análogos nos critérios de diagnóstico, e algumas das síndromes identificadas estatisticamente incluem problemas como os de algumas categorias de diagnóstico. Por exemplo, a síndrome de Problemas de Atenção inclui muitos itens de problemas análogos aos critérios de sintoma de PHDA. Para além disso, foram encontradas associações significativas entre certos diagnósticos e elevadas pontuações em determinadas síndromes (Achenbach & Rescorla, 2001).

A fim de ajudar os clínicos a estabelecer relações entre as categorias de diagnóstico e os dados obtidos com os instrumentos de avaliação, foi pedido a psiquiatras e psicólogos de muitas culturas para identificarem itens de instrumentos de avaliação que considerassem consistentes com as categorias de diagnóstico do DSM-IV-R. Os itens identificados pela grande maioria dos especialistas para determinadas categorias de diagnóstico foram então agrupados em escalas orientadas pelo DSM correspondentes às categorias de diagnóstico. Para as idades de 6 a 18 anos, as escalas orientadas pelo DSM são designadas como *Problemas Afetivos*, *Problemas de Ansiedade*, *Problemas Somáticos*, *Problemas de Hiperatividade de Déficit de Atenção*, *Problemas Desafiadores Opositivos* e *Problemas de Conduta*. Para idades entre 1½ e 5 anos, as avaliações dos especialistas produziram várias escalas orientadas pelo DSM análogas àquelas para idades entre os 6 e 18 anos, mas também uma escala designada Problemas Globais do Desenvolvimento (Achenbach & Rescorla, 2000). Foi descoberto que essa escala identifica crianças diagnosticadas com perturbações do espectro do autismo (Muratori et al, 2011; Sikora et al, 2008). A pontuação de uma criança em cada escala orientada pelo DSM é calculada somando as avaliações 0-1-2 dos itens de problemas que compõem a escala. Para permitir que os clínicos comparem as pontuações da criança com as pontuações de seus pares não encaminhados para serviços de saúde mental, as pontuações da escala são exibidas em perfis em relação a pontuações para a idade e o sexo da criança, o tipo de informador e a sociedade relevante, conforme ilustrado na Figura A.3.1 - autoavaliação realizada por Richard de 16 anos (nome fictício). As escalas orientadas pelo DSM, as escalas de síndrome e seus respetivos perfis fornecem modelos alternativos para entender e utilizar as avaliações do informador de problemas comportamentais, emocionais e sociais das crianças no mesmo instrumento de avaliação.

Figura A.3.1  
 Perfil do  
 Richard das  
 escalas YSR  
 orientadas  
 pelo DSM  
 (Achenbach  
 & Rescorla,  
 2007)

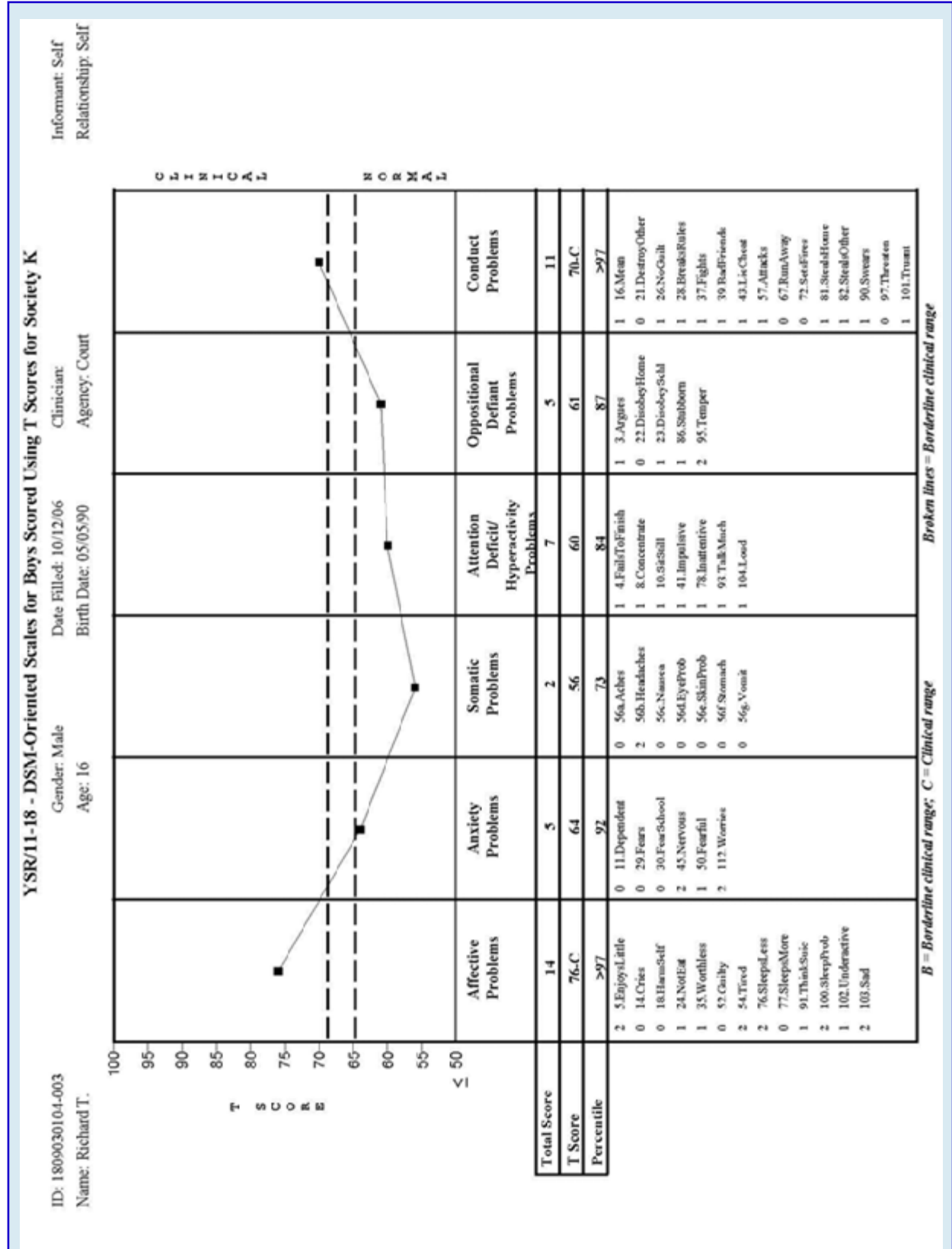
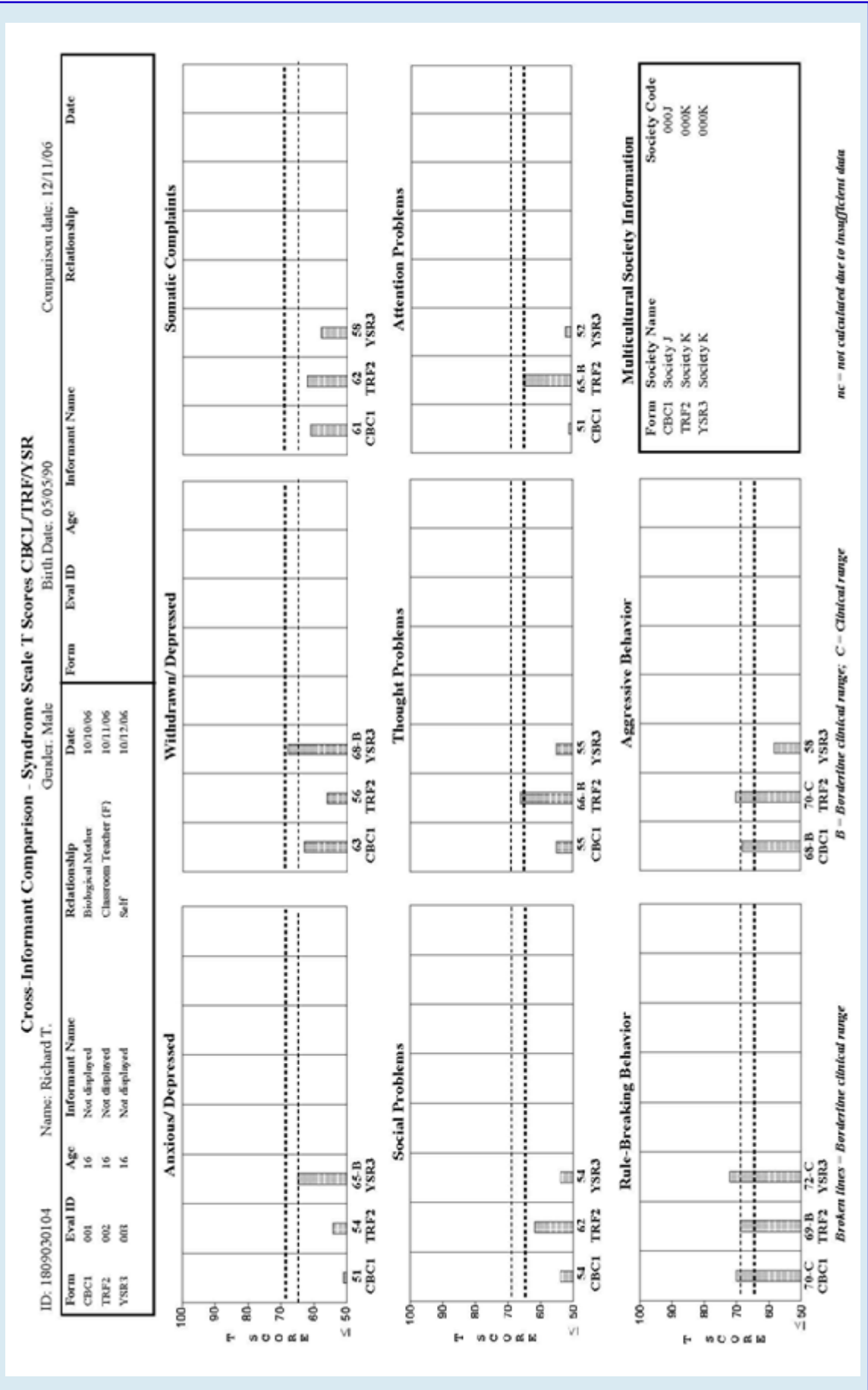


Figura A.3.2 Comparações cruzadas entre informadores das pontuações do Richard nas escalas de síndromes em comparação com as normas da Sociedade J para CBCL e normas da Sociedade K para TRF e YSR (Achenbach & Rescorla, 2007)



### Comparações cruzadas entre informadores

Como pais, professores e crianças estão cientes dos diferentes aspetos do funcionamento das crianças, são frequentemente encontradas discrepâncias entre os problemas relatados pelos diferentes informadores. Quando são encontradas discrepâncias, é tentador concluir que um informador está certo enquanto o outro está errado. No entanto, diferentes informadores podem fornecer informações úteis sobre as diferenças em como uma criança funciona em diferentes contextos e com diferentes pessoas. As discrepâncias entre os relatos dos informadores também podem refletir diferenças entre as percepções dos informadores e as avaliações do funcionamento das crianças. Essas diferenças têm que ser consideradas ao decidir se uma criança precisa de serviços de saúde mental, que tipo de serviços e como os pais, professores e a criança podem participar no processo terapêutico.

Para ser mais fácil para os clínicos detetar similaridades e diferenças entre os problemas relatados pelos diferentes informadores, o software de computador empregado para utilizar os instrumentos de avaliação exibe lado a lado as avaliações 0-1-2 de cada item de problema por qualquer combinação de até oito informadores. As exibições lado a lado das avaliações de itens permitem que o clínico identifique rapidamente problemas que são sinalizados por todos os informadores, problemas que não são sinalizados por nenhum dos informadores e problemas sinalizados por alguns informadores. Por exemplo, se certos problemas são sinalizados apenas pelos professores, isso sugere que tais problemas são específicos do contexto escolar. Por outro lado, se determinados problemas são sinalizados apenas pelos pais, isso sugere que tais problemas são específicos do contexto familiar.

Além das exibições lado a lado das avaliações de problemas, o software também apresenta gráficos de barras de síndromes e escalas orientadas pelo DSM pontuadas de acordo com as avaliações de cada informador. Como exemplo, a Figura A.3.2 mostra os gráficos de barras de escalas orientadas pelo DSM pontuadas com as avaliações de Richard, jovem com 16 anos de idade, realizadas por sua mãe, seu professor e pelo próprio Richard. Ao olhar para os gráficos de barras, o clínico pode rapidamente ver se alguma pontuação está na faixa clínica limítrofe (entre as duas linhas tracejadas) ou na faixa clínica (acima da linha tracejada superior). O clínico também pode verificar se existem diferenças importantes entre as pontuações obtidas de diferentes informadores.

### Aplicações multiculturais

Os modelos CID, DSM e DC:0-3R ainda não foram exaustivamente testados em determinadas sociedades. Consequentemente, ainda há muito a aprender sobre o quão bem os seus critérios de sintomas, limiares de diagnóstico (ou seja, o número de sintomas necessários para fazer diagnósticos) e outras características se aplicam a crianças das muitas sociedades onde os modelos nosológicos não foram testados. Como mudanças significativas na CID-11 e no DSM-5 são prováveis, espera-se que as versões preliminares dos novos critérios sejam submetidas a testes multiculturais antes que os critérios sejam finalizados.

Enquanto isso, modelos clínicos derivados de dados sobre problemas avaliados para idades de 1½ a 18 anos foram testados em 47 sociedades, e traduções



Clique na foto para entrar no website do ASEBA.



**Tabela A.3.1 Traduções dos formulários do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado de Achenbach (ASEBA)**

Afaan Oromo (Etiópia)	Espanhol (Latino)	Nepalês
Africâner	Farsi (Pérsia, Irão)	Norueguês
Albanês (Albânia, Kosovo)	Finlandês	Pachto (Afeganistão, Paquistão)
Alemão	Francês (Bélgica)	Papiamento (Curaçao)
Amárico (Etiópia)	Francês (Paris)	Polaco
Árabe	Francês (Quebec)	Português (Brasil)
Arménio	Filipino (Filipinas)	Português Crioulo
Auslan (Língua Gestual Australiana)	Ga (Ghana)	Português (Portugal)
Bahasa (Indonésia)	Georgiano	Punjabi (Índia)
Bahasa (Malásia)	Grego	Quicuio (Quénia)
Bangla (Bangladesh)	Gujarati (Índia)	Romeno
Bengali	Hebraico	Russo
Bósnio	Hindi	Samoano
Braile	Holandês (Holanda, Flandres)	Sepedi (Sotho do norte, África do Sul)
Búlgaro	Húngaro	Sérvio
Catalão (Espanha)	Inglês (Reino Unido)	Sesoto (Sotho do norte, África do Sul)
Canarim (Índia)	Islandês	Suaíli (Quénia)
Chinês	Italiano	Somali
Croata	Japonês	Sueco
Checo	Khmer (Camboja)	Tailandês
Cebuano (Filipinas)	Laociano	Tâmil (Índia)
Cingalês (Sri Lanka)	Letão	Telugo (Índia)
Coreano	Língua Gestual Americana	Tibetano
Crioulo Haitiano	Lituano	Turco
Dinamarquês	Macedónio	Ucraniano
Estoniano	Malaiala (Índia)	Urdu (Índia, Paquistão)
Eslovaco	Malaio	Vietnamita
Esloveno	Maltês	Xhosa (África do Sul)
Espanhol (Castelhano)	Marata (Índia)	Zulu

<sup>a</sup>Línguas para as quais pelo menos um formulário ASEBA foi traduzido (Achenbach & Rescorla, 2012).

dos instrumentos de avaliação estão disponíveis nos 86 idiomas listados na Tabela A.3.1. Os modelos de síndromes foram testados analisando estatisticamente as avaliações de dezenas de milhares de crianças realizadas pelos seus pais, professores, cuidadores de creche e—para aqueles com idades de 11 a 18 anos—pelas próprias crianças (Achenbach & Rescorla, 2012). Quase todas as avaliações apoiaram os modelos de síndromes originalmente derivados de avaliações de crianças anglófonas da Austrália, Jamaica, Reino Unido e Estados Unidos. As descobertas mostram que os padrões de problemas coocorrentes incorporados nas síndromes pontuadas através dos pais, professores e instrumentos de autoavaliação também foram encontrados nas outras sociedades.

Para fornecer normas apropriadas para as crianças nas 47 sociedades, as distribuições das pontuações de Problemas Totais foram comparadas com amostras de crianças de todas as sociedades. Com base nessas comparações, foram identificadas as sociedades com pontuações de problemas relativamente baixas, médias ou altas. Para permitir que os clínicos comparassem as pontuações de uma criança com as pontuações obtidas por crianças na sociedade apropriada, foram criadas normas para sociedades de baixa pontuação, média pontuação e alta pontuação. Os três conjuntos de normas multiculturais estão disponíveis em softwares de pontuação que permitem aos clínicos a exibição das pontuações de síndrome, de Internalizantes, de Externalizantes, de Problemas Totais e as orientadas pelo DSM de uma criança em comparação com as normas para a sociedade apropriada, assim como para a idade e o sexo da criança e para o tipo de informador.

## VISÃO GERAL DOS MODELOS CLÍNICOS

Foram delineados diversos modelos para distinguir entre vários tipos de problemas comportamentais, emocionais e sociais. No atual estágio da ciência da saúde mental, nenhum modelo único pode ser considerado totalmente correto, sendo os outros considerados errados. Em vez disso, os diferentes modelos podem ter diferentes pontos fortes e fracos para propósitos diversos. Consequentemente, no futuro, pode ser útil pensar em termos de múltiplos modelos para orientar a coleta e a utilização de dados clínicos para uma prática baseada em evidência.

Os modelos CID e DSM para problemas comportamentais, emocionais e sociais da infância são componentes de nosologias que abrangem muitos tipos de problemas ao longo da vida. Assim como os modelos para outras faixas etárias, os modelos para problemas infantis compreendem categorias diagnósticas propostas por especialistas que especificam critérios para determinar a quais categorias os problemas de uma criança correspondem. Os critérios requerem os mesmos julgamentos sim-versus-não para crianças de ambos os sexos, diferentes idades e diferentes origens culturais, bem como para dados obtidos de diferentes fontes. O mais famoso psiquiatra infantil do mundo, Sir Michael Rutter (2011), avaliou o DSM-IV e a CID-10 e concluiu que “Há muitos diagnósticos e uma taxa ridiculamente alta de supostas comorbilidades” (p. 647) e que “O uso de dimensões poderia reduzir a quantidade de supostas comorbilidades enganosas” (p. 655).

Assim como a CID e o DSM, a DC:0-3R é uma nosologia cujas categorias foram propostas por especialistas que especificaram critérios para determinar a quais categorias os problemas de uma criança correspondem. No entanto, ao contrário

*“Há muitos diagnósticos e uma taxa ridiculamente alta de supostas comorbilidades”.  
“O uso de dimensões poderia reduzir a quantidade de supostas comorbilidades enganosas”.*

Sir Michael Rutter (2011, p 655)

da CID e do DSM, a DC:0-3R foi projetada para fornecer uma maior cobertura de síndromes da primeira infância e de características do desenvolvimento. Além disso, ao contrário da CID e do DSM, a DC:0-3R fornece escalas de avaliação da relação entre pais e filhos, as quais são consideradas especialmente importantes para a compreensão dos problemas infantis de crianças pequenas.

O fracasso da CID e do DSM em especificar procedimentos para avaliar problemas comportamentais, emocionais e sociais estimulou o desenvolvimento de várias SDIs. Devido ao reconhecimento da necessidade de dados fornecidos por pais e por criança, as SDIs projetadas para diagnosticar crianças incluem entrevistas para os pais. Algumas SDIs também fornecem questionários para professores. No entanto, as diferenças entre os relatos dos pais, do professor e da criança dificultam a obtenção de conclusões do tipo sim-versus-não em relação a cada critério de diagnóstico.

Como as SDIs são amplamente utilizadas para realizar diagnósticos para fins de investigação, muitas publicações reportam descobertas sobre diagnósticos realizados com SDIs. No entanto, o treino extensivo e o tempo necessários para aplicar as SDIs acabam por limitar a sua utilização na prática clínica. Consequentemente, deve-se questionar se os resultados das pesquisas sobre diagnósticos realizados através de SDIs podem ser aplicados a diagnósticos feitos a partir de avaliações clínicas. Existem meta-análises que indicam boa concordância entre certos diagnósticos—como anorexia nervosa—realizados por SDIs e por avaliações clínicas, mas baixa concordância para determinados diagnósticos comuns, como perturbação de ansiedade generalizada. Para todos os diagnósticos enumerados nas meta-análises, as SDIs e as avaliações clínicas produziram os mesmos diagnósticos para 39% das crianças e jovens, mas diferentes diagnósticos para 61% após a correção estatística.

Além das SDIs que produzem avaliações sim-versus-não sobre critérios de diagnóstico, outros instrumentos foram desenvolvidos para avaliar problemas infantis. Alguns instrumentos de avaliação compreendem itens que se aproximam dos critérios de sintomas para uma categoria de diagnóstico específica, como a PHDA. Outros instrumentos incluem itens mais diversos que podem se aproximar de certos critérios de diagnóstico, mas não incluem contrapartes idênticas nas categorias de diagnóstico.

Outra abordagem para a criação de modelos clínicos é trabalhar de baixo para cima (bottom-up), começando com as avaliações dos informadores de diversos itens de problemas de milhares de crianças. As avaliações são então analisadas estatisticamente para identificar síndromes de problemas coocorrentes. Para a utilização em avaliações clínicas, as pontuações de síndromes infantis são calculadas ao somar as avaliações dos itens que compõem cada síndrome. Para permitir que os clínicos determinem se as pontuações estão dentro da faixa normal, da faixa clínica limítrofe ou da faixa clínica, as escalas de síndrome são exibidas em perfis em comparação com as normas para a idade e o sexo da criança, bem como para o tipo de informador, como pais, professores e as próprias crianças. Para levar em conta as diferenças entre problemas relatados em crianças em diferentes

sociedades, o clínico pode selecionar normas com base em dados multiculturais de diferentes sociedades. E para ajudar o clínico a fazer comparações cruzadas entre informadores, as pontuações de itens e escalas de vários informadores podem ser exibidas lado a lado. As pontuações de escala de cada informador são padronizadas para a idade e o sexo da criança, o tipo de informador e o grupo normativo multicultural selecionado pelo clínico.

As síndromes derivadas estatisticamente fornecem modelos bottom-up para compreender os problemas infantis. No entanto, modelos top-down também são fornecidos para pontuar os mesmos instrumentos de avaliação em termos de escalas orientadas pelo DSM com base em julgamentos clínicos de especialistas de várias culturas.

### **A NECESSIDADE DE UMA AVALIAÇÃO BASEADA EM MODELOS EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO**

As necessidades de serviços de saúde mental nos países em desenvolvimento ou de baixo rendimento costumam ser tão grandes quanto nos países mais desenvolvidos, mas os países de baixo rendimento possuem muito menos profissionais de saúde mental qualificados. A fotografia abaixo mostra um dos autores deste capítulo em uma clínica de um país em desenvolvimento onde as crianças estão à espera para serem atendidas por uma enfermeira – que está sobrecarregada devido ao grande número de pacientes. Há, portanto, uma necessidade urgente da utilização de instrumentos de avaliação que possam ajudar os serviços de saúde que estão sobrecarregados. Esses instrumentos devem ser capazes de obter informações fidedignas dos pais e – sempre que possível – dos professores e das próprias crianças. Tais instrumentos podem servir, no mínimo, para os seguintes propósitos: (a) aumentar a conscientização em relação a doenças

Clínica Pediátrica no Quênia





Um rapaz queniano de 8 anos de idade foi levado a uma clínica local pela mãe. Cerca de dois anos antes, ela notara que o filho era muito inquieto e que as outras crianças se recusavam a brincar com ele. Era um rapaz muito distraído e tinha que estar sempre sob supervisão cuidadosa. Os empregados domésticos contratados pela mãe acabavam por desistir porque não conseguiam lidar com ele. O rapaz sofreu uma série de lesões, incluindo contusões, fraturas e queimaduras. Os professores queixavam-se que ele era muito descuidado, tinha má caligrafia e não terminava os trabalhos. Ele não esperava pela sua vez de falar e atrapalhava a aula. Embora fosse inteligente, era muito distraído e era agressivo durante o recreio, querendo estar sempre no meio de todas as atividades das outras crianças. Perdeu vários materiais escolares, o que levava a mãe a visitar a escola com frequência para procurar os objetos perdidos e para participar de reuniões disciplinares.

Para fornecer dados de avaliação baseada em modelos, a mãe foi solicitada a preencher a Escala Conners de Avaliação para Pais (CPRS). Com base em pontuações elevadas em várias escalas de problemas da CPRS, na entrevista com a mãe e em uma breve sessão com o menino, o pediatra da clínica recomendou que o menino fosse atendido por um psiquiatra para uma avaliação mais extensa do que a clínica poderia fornecer.

Quando o psiquiatra o avaliou, notou que o menino tinha um bom estado geral, mas que apresentava vários hematomas em diferentes estádios de cura. Os hematomas pareciam ser resultado de quedas ou de colisões contra objetos e não tinham sido infligidos por terceiros. No entanto, a criança contou que fora muitas vezes punido em

casa por causa do seu comportamento e pediu ao médico para conversar com seus pais sobre essas punições. Um exame de estado mental revelou que ele estava bem orientado no tempo e no espaço, a sua memória estava intacta e não apresentava alterações de percepção. Contudo, distraía-se facilmente e fazia muitos ruídos inadequados. Não conseguia ficar quieto, andava pela sala e fazia perguntas ao médico sobre fotografias que estavam nas paredes do consultório. A sua linguagem não estava bem desenvolvida e mostrava dificuldades de expressão.

Ao analisar os resultados da CPRS encaminhada pelo pediatra, o psiquiatra viu que as pontuações estavam elevadas em várias escalas, com pontuações especialmente altas no índice de PHDA. Embora o menino claramente precisasse de ajuda em várias áreas, o psiquiatra concluiu que as altas pontuações para PHDA pediam um ensaio clínico para averiguar se isso reduziria os problemas de desatenção e hiperatividade.

Ao discutir as suas conclusões com a mãe do menino, o psiquiatra descobriu que esta já tinha algumas informações sobre PHDA devido a um amigo cujo filho tinha problemas semelhantes. Consequentemente, a mãe não ficou surpreendida com as conclusões do médico e estava disposta a fazer um ensaio clínico. Com a permissão da mãe, o psiquiatra também comunicou as suas conclusões ao professor do menino. Foi-lhe prescrito 10 mg de metilfenidato duas vezes ao dia e foi pedido à mãe e ao professor que completassem a CPRS em intervalos mensais para avaliar a resposta ao tratamento e decidir possíveis intervenções adicionais. A mãe também recebeu informações sobre PHDA e sobre medidas disciplinares mais apropriadas.

mentais em crianças; (b) integrar dados sobre esses problemas nos sistemas de informação de saúde; e (c) ajudar a identificar casos que devem ser encaminhados para especialistas, se necessário. A vinheta acima, que fala sobre um caso clínico, ilustra uma avaliação baseada em modelos em um país em desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

- Achenbach TM (2009). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach TM & Rescorla LA (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach TM & Rescorla LA (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach TM & Rescorla LA (2012). *Multicultural Guide for the ASEBA Forms & Profiles for Ages 1½-18 (2<sup>nd</sup> ed)*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>th</sup> edition, text revision. Washington, DC: Author.
- Cohen J (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20:37-46. doi:10.1177/001316446002000104
- Cohen P, O'Connor P, Lewis S et al (1987). Comparison of DISC and K-SADS-P interviews of an epidemiological sample of children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26:662-667. doi:10.1097/00004583-198709000-00009
- Conners CK (2001). *Conners' Rating Scales-Revised Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- De Los Reyes A (2011). More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40:1-9. doi:10.1080/15374416.2011.533405
- DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD et al (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation*. New York: Guilford.
- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman R, Ford T, Richards H et al (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41:645-655. doi:10.1111/j.1469-7610.2000.tb02345.x
- Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (Eds) (2008). *Dimensional Approaches in Diagnostic Classification: Refining the Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D et al (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:980-988. doi:10.1097/00004583-199707000-00021
- Muratori F, Narzisi A, Tancredi R et al (2011). The CBCL 1.5-5 and the identification of preschoolers with autism in Italy. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20:329-338. doi:10.1017/S204579601100045X
- Rettew DC, Doyle A, Achenbach TM et al. (2009). Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18:169-184. doi:10.1002/mpr.289
- Reynolds CR & Kamphaus RW (2004). *Behavior Assessment System for Children (2<sup>nd</sup> ed)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Rutter M (2011). Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52:647-660. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02367.x
- Shaffer D, Fisher P, Lucas CP et al (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39:28-38. doi:10.1097/00004583-200001000-00014
- Sikora DM, Hall TA, Hartley SL et al (2008). Does parent report of behavior differ across ADOS-G classifications: Analysis of scores from the CBCL and GARS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38:440-448. doi:10.1007/s10803-007-0407-z
- World Health Organization (1992). *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the Tenth Revision of the International Classification of Diseases (10<sup>th</sup> ed)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva, Switzerland: Author.
- Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers, and Families (1994; 2005). *Diagnostic Classification 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (1<sup>st</sup> edition, revised edition)*. Washington, DC: Author.