

Instrumentos de avaliação

Cristiane S Duarte^a e Isabel AS Bordin^b

^aSetor de Psiquiatria Social do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM). ^bSetor de Psiquiatria Social do Departamento de Psiquiatria da Unifesp/EPM e Grupo Interdepartamental de Epidemiologia Clínica (Grídec) da Unifesp/EPM

Introdução

Instrumentos padronizados têm sido cada vez mais utilizados como auxiliares na avaliação de diferentes aspectos da saúde mental de crianças e adolescentes. Na prática clínica, tais instrumentos permitem a documentação do atendimento clínico e muitas vezes podem ser importantes auxiliares no diagnóstico e na avaliação da eficácia do tratamento realizado.¹ Na atenção primária, também podem identificar os casos mais graves, possibilitando melhor direcionamento dos recursos disponíveis.

É grande a quantidade e a variedade de instrumentos existentes. Serão apresentados e comentados no presente trabalho alguns instrumentos mundialmente utilizados para a avaliação da saúde mental infantil. Serão referidos apenas os instrumentos cujo objetivo é a avaliação abrangente de um aspecto associado à saúde mental da infância (ex. transtornos psiquiátricos, inteligência, etc.) e não serão considerados aqueles que visam o exame de transtornos ou de funções específicas (ex. transtornos invasivos do desenvolvimento, memória, etc.). Instrumentos disponíveis no Brasil em cada uma das áreas consideradas serão citados. Finalmente, serão brevemente mencionadas as propriedades que devem caracterizar as adaptações culturais de instrumentos e os cuidados que devem ser tomados na realização de tal adaptação.

Peculiaridades na avaliação de crianças

Um primeiro ponto importante é que os instrumentos de avaliação de crianças têm algumas peculiaridades em relação àquelas de avaliação de adultos. Assim, por exemplo, não se pode deixar de considerar que a criança é um ser em desenvolvimento, isto é, apresenta características diferentes dependendo da idade. Para contemplar esse fato, os instrumentos de avaliação utilizados na infância devem, muitas vezes, apresentar versões específicas para diferentes faixas etárias.

Assim como no caso dos adultos, uma questão que se coloca é em que medida o melhor modo de avaliação é a observação direta do comportamento ou a formulação de perguntas sobre tais comportamentos (através de questionários ou inventários). Tal opção depende, em grande parte, de qual aspecto está sendo investigado e é inequívoca em alguns casos como, por exemplo, a preferência pelo uso da observação direta para a avaliação da inteligência. No caso das crianças, quando se opta pela formulação de perguntas sobre seu comportamento, imediatamente coloca-se uma outra questão: a quem perguntar? À própria criança? A seu cuidador? A seu professor?

De modo geral, tem-se observado que a combinação da opinião de todos esses informantes (cuidador, professor e a pró-

pria criança) produz a informação mais adequada.² Assim, os instrumentos de avaliação utilizados na infância costumam contar também com versões para diferentes informantes.

Áreas de avaliação referentes à infância

Há instrumentos com diferentes finalidades, sendo possível, de modo padronizado, apenas identificar problemas de saúde mental, efetuar o diagnóstico psiquiátrico do quadro em questão, mensurar o desenvolvimento infantil (em menores de três anos), a inteligência, a adaptação social, a personalidade e dinâmica emocional, entre outras.

Saúde mental

A avaliação da saúde mental infantil costuma visar a identificação de crianças que mereceriam uma investigação mais aprofundada.

O instrumento mais utilizado mundialmente para identificar problemas de saúde mental em crianças e adolescentes a partir de informações dos pais é o *Child Behavior Checklist* (CBCL),³ que inclui 118 itens e já foi traduzido em 55 idiomas. O princípio de construção do CBCL foi totalmente empírico, baseado no tratamento estatístico (análise fatorial) de uma lista de queixas na área de saúde mental, freqüentemente presentes em prontuários médicos.³ A versão brasileira do CBCL (4-18 anos) é denominada “Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência” e possui dados preliminares de validação.⁴ Outros dois instrumentos foram desenvolvidos pelo mesmo autor para o rastreamento de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes a partir de informações do professor (*Teacher Report Form – TRF*⁵) e do próprio jovem (*Youth Self-Report Form – YSR*⁶). O TRF e o YSR foram recentemente traduzidos para o português, retrotraduzidos e adaptados culturalmente, encontrando-se atualmente em fase de testagem.

Também está disponível no Brasil o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ),⁷ versão brasileira do *Strengths and Difficulties Questionnaire*.⁸ A versão original do SDQ possui propriedades psicométricas adequadas e comparáveis às do CBCL⁹ e tem a vantagem de ser composta por apenas 20 questões, sendo de fácil aplicação e dirigida para a avaliação da população geral. No caso do SDQ, diferentemente do CBCL, as áreas examinadas foram definidas conceitualmente com base no DSM-IV e só posteriormente a testagem empírica foi conduzida.

Diagnóstico psiquiátrico

Quando a finalidade é a formulação de diagnósticos psiquiátricos (e não apenas a identificação de conjuntos de sinto-

mas), são muitos os instrumentos padronizados existentes. Citamos aqui três exemplos desses instrumentos.

O diagnóstico de transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência pode ser realizado através do *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)*,¹⁶ disponível em três versões: K-SADS-E (epidemiológica), K-SADS-P/L (diagnósticos atuais e ao longo da vida) e K-SADS-P IVR (diagnósticos nos últimos 12 meses, incluindo medida de gravidade dos sintomas). Trata-se de entrevistas semi-estruturadas dirigidas aos pais e à criança, cuja aplicação deve ser realizada por psiquiatra experiente na área da infância e adolescência, pois o julgamento clínico é também utilizado para gerar os resultados. Já contamos com uma versão brasileira do K-SADS-E¹⁷ e encontra-se em fase de retrotradução e testagem a versão brasileira do K-SADS-P/L.*

Outra entrevista para diagnóstico psiquiátrico que merece destaque é o *Development and Well-Being Assessment (DAWBA)*¹⁵. O DAWBA tem uma característica especial que é o fato de ser aplicada por leigos e revisada por psiquiatra da infância e adolescência, para que o julgamento clínico determine a existência ou não de diagnósticos identificados por computador. O examinador leigo, além de preencher as perguntas fechadas, é também treinado para anotar informações adicionais. Com base nessas informações, o clínico decide se os diagnósticos obtidos com o programa de computador são adequados ou não. Esse procedimento, embora não usual, produz informações confiáveis e válidas. Já existe uma versão brasileira do DAWBA, aqui denominado “Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes”, a qual está atualmente em fase de testagem.**

A *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-4)*¹⁰ é uma entrevista estruturada, que gera diagnósticos com base em algoritmos. Optou-se por comentar aqui a DISC-4, dentre outras possíveis, por se tratar de uma entrevista cuidadosamente traduzida e adaptada para uma cultura diversa da original. A DISC-4, além de contar com criteriosa tradução para o espanhol, adaptação¹² e testagem^{13,14} em outra cultura, tem sido bastante investigada e aperfeiçoada nos últimos anos através do abrangente estudo norte-americano sobre saúde mental infantil, denominado *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA)*¹¹. Contínuos aperfeiçoamentos da DISC foram realizados até a versão atual, que apresenta propriedades psicométricas bastante satisfatórias.¹⁰

Desenvolvimento e inteligência infantil

Além da identificação de transtornos psiquiátricos, é importante que a avaliação da saúde mental na infância seja realizada dentro de um contexto mais geral, o que faz necessário considerar diferentes fatores, como os ambientes sociocultural e familiar e outros aspectos do funcionamento da criança. Dentre tais aspectos, salienta-se o desenvolvimento cognitivo, pois seu prejuízo parece estar especialmente relacionado à psicopatologia na infância.^{18,19}

Avaliar o desenvolvimento cognitivo de crianças muito pequenas é um procedimento de particular dificuldade. A *Bayley Scales of Infant Development (Bayley-II)*²⁰ é o instrumento mais utilizado para determinar o nível de desenvolvimento de crianças entre um mês e três anos e meio de idade. A Bayley-II é composta por três escalas: a escala mental, que avalia a resposta ao ambiente e as habilidades sensoriais, mnêmicas, de aprendizado e de linguagem/comunicação precoce; a escala motora; e uma escala de comportamentos, essa última constituindo uma lista de comportamentos da criança com base na informação dos pais e na observação do clínico. A principal utilidade da Bayley-II é a avaliação de crianças de risco,²¹ para determinar o funcionamento atual e estabelecer estratégias de intervenção precoce.

Em crianças mais velhas, a avaliação do desenvolvimento cognitivo é realizada por meio dos testes de inteligência. Aqueles mais tradicionalmente utilizados são o *Stanford-Binet* (hoje na versão IV) e as *Wechsler Intelligence Scales*. No caso das escalas Wechsler, os testes diferem de acordo com a idade da criança: o WPPSI-R (ou *Baby WISC*) é utilizado para crianças entre três anos e sete anos e três meses e o WISC-III para crianças entre seis anos e 16 anos e 11 meses. Esses testes avaliam a inteligência através das habilidades verbais e não-verbais.²² Baseiam-se, portanto, em um modelo de cognição que enfatiza habilidades verbais e não-verbais, as quais estão frequentemente associadas à aprendizagem anterior e às oportunidades vividas pelo indivíduo.

Recentemente, surgiram questionamentos sobre a validade desse modelo teórico e novos instrumentos foram formulados dentro de uma perspectiva que leva em consideração, por exemplo, o potencial para aprendizagem futura.²² Esse é o caso da *Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC)*, do *Cognitive Assessment System (CAS)* e do *Universal Nonverbal Intelligence Test (UNIT)*. Salientamos que o UNIT é mais facilmente adaptável a outras culturas por ser quase inteiramente não-verbal. Nesse sentido, vale ainda ressaltar a *Leiter International Performance Scale – Revised*, que também dispensa o uso da palavra e é particularmente indicada para crianças de baixo funcionamento (como autistas e crianças com retardo mental), população cuja avaliação intelectual é muitas vezes inviável através das técnicas tradicionais.^{20,22}

Considerando a situação dos instrumentos de avaliação da inteligência no Brasil, apresentam dados normativos brasileiros e propriedades psicométricas aqui estabelecidas apenas a Escala de Maturidade Intelectual Columbia,²³ as Matrizes Progressivas Coloridas,²⁴ o Teste de Inteligência Não-Verbal²⁵ e o Teste de Sondagem Intelectual.²⁶ Os dois últimos testes foram desenvolvidos por estudiosos brasileiros, mas apresentam a limitação de possuírem dados de normatização muito antigos (1955 e 1968, respectivamente). É fato, portanto, que não dispomos no Brasil de instrumentos devidamente adaptados à nossa realidade que permitam uma avaliação da inteligência que compreenda seus aspectos verbais e não-verbais (como é o caso do WISC-III), ou mesmo métodos mais atuais que enfatizem o potencial de aprendizagem futura (como é o caso da *Kaufman-ABC*).

*Elaborada por Heloísa HA Brasil, comunicação pessoal.

**Fleitlich e Goodman, comunicação pessoal.

Adaptação social

A adaptação social diz respeito às habilidades para realização de atividades diárias necessárias para a auto-suficiência pessoal e social. Atualmente, essa noção é considerada muito importante na avaliação de crianças. Por exemplo, para que seja elaborado o diagnóstico de deficiência mental, a Associação Americana de Deficiência Mental exige a presença de prejuízo da adaptação social juntamente com o rebaixamento intelectual.

O instrumento mais utilizado para a avaliação da adaptação social é a *Vineland Adaptive Behavior Scales*,²⁷ a qual deriva da *Vineland Social Maturity Scale*, escala elaborada por Doll em 1953. As seguintes áreas de funcionamento são examinadas: comunicação, habilidades da vida cotidiana, socialização e habilidades motoras, havendo ainda uma área de problemas de comportamento.

Personalidade e dinâmica emocional

Quanto à avaliação da personalidade e da dinâmica emocional, embora haja inventários e questionários padronizados, os testes projetivos são, sem dúvida, os mais utilizados, principalmente para a avaliação de crianças no Brasil.

Dentre as técnicas gráficas, destacam-se o desenho da figura humana, da família e o desenho da casa, de árvore e de pessoa (HTP). O Teste de Apercepção Temática para crianças (CAT) e o Teste de Rorschach consistem na resposta a estímulos padronizados: o primeiro a um estímulo estruturado e o segundo a um estímulo ambíguo.²⁸

O grande problema é que os testes projetivos raramente podem ser avaliados objetivamente, o que torna questionáveis as conclusões obtidas a partir deles, a despeito de sua riqueza na produção de hipóteses. Uma exceção é o Sistema Compreensivo de avaliação do Teste de Rorschach. Esse sistema possibilita a classificação de respostas ao teste com adequada concordância entre examinadores, emprega apenas postulados interpretativos, para os quais existam evidências de validade, e possui dados normativos para crianças americanas entre cinco e 16 anos.²⁹

Instrumentos de avaliação em saúde mental em contextos culturais diferentes

A elaboração e a testagem de um instrumento de avaliação na área de saúde mental é uma tarefa bastante complexa. Assim, em culturas diferentes, é aconselhável utilizar versões de instrumentos já devidamente testados, ao invés de desenvolver um instrumento novo em cada um dos países que realizam o mesmo tipo de investigação. No entanto, uma série de passos devem ser seguidos para que determinado instrumento possa ser utilizado em um novo contexto cultural.

O primeiro passo é a tradução e a adaptação cultural do instrumento. Trata-se de uma atividade bastante complexa, pois, ao traduzir um instrumento, deve-se buscar diversos tipos de equivalência em relação ao original, como a cultural, a semântica, a técnica, a de conteúdo, a de critério e a conceitual.¹² Uma técnica útil nesse sentido é a da retrotradução, por meio da qual a tradução do instrumento é novamente traduzida (ou retrotraduzida) para o idioma ori-

ginal. A retrotradução deve ser realizada por um tradutor bilíngüe, preferencialmente com experiência nas duas culturas. As duas versões (a original e a retrotraduzida) são, então, comparadas. É importante que tal comparação seja efetuada de modo não-mecânico, para que a equivalência possa ser atingida nos diferentes níveis referidos.

Também é necessário verificar a confiabilidade do instrumento adaptado. Salientamos que a confiabilidade de um instrumento reflete o grau de concordância entre repetidas abordagens de um fenômeno, quando o fenômeno permanece constante. Por exemplo, se dois examinadores aplicam o instrumento no mesmo paciente, os resultados obtidos por ambos devem ser bastante semelhantes. Do mesmo modo, quando um examinador aplica o instrumento em determinado paciente em dois momentos diferentes, com alguns dias de intervalo, mensurações semelhantes devem ser obtidas, pois não se espera mudanças no quadro do paciente em um curto período de tempo.

É de especial relevância obter evidências da validade do instrumento no novo contexto cultural. Para tal, é preciso verificar se o instrumento realmente mede aquilo que se propõe a medir. Para investigar a validade de um instrumento na área de saúde mental, deve-se comparar seus resultados com os de um padrão de qualidade reconhecida ("padrão-ouro"). No caso de instrumentos utilizados para identificar transtornos psiquiátricos, esse padrão é a avaliação clínica baseada em critérios diagnósticos internacionais.

Finalmente, dependendo do instrumento, é importante ter disponíveis dados de normatização. A normatização equivale à compilação da distribuição dos resultados da aplicação de um instrumento em uma dada população.³⁰ As normas são úteis, pois o clínico dificilmente saberia, a partir da própria experiência, quais escores estariam elevados ou rebaixados nesta população. Um erro comum é pensar que normas são padrões de bom desempenho. Na verdade, elas devem refletir a distribuição dos escores em determinada população e para tal, a amostra de normatização deve obedecer a critérios específicos de constituição, de representatividade da população de origem e de tamanho.

Conclusão

No Brasil, é notável a escassez de instrumentos padronizados e atualizados na área de saúde mental infantil que tenham sido devidamente traduzidos, adaptados e testados em nossa realidade. Essa situação pode ser atribuída a muitos fatores. No entanto, iniciativas nesse sentido têm sido observadas e o fato dessas iniciativas terem procurado seguir os passos aqui referidos certamente resultará, em um futuro próximo, na disponibilidade de um maior número de instrumentos de qualidade em nosso meio. Além do impacto que tais instrumentos terão na prática clínica e na pesquisa, eles constituirão um passo fundamental para a identificação dos problemas de saúde mental infantil mais freqüentes em nosso meio e de seus fatores de risco, permitindo o melhor planejamento das políticas de saúde mental na infância e a avaliação das intervenções e tratamentos oferecidos.

Referências

1. Streiner DL. Thinking small: research designs appropriate for clinical practice. *Can J Psychiatr* 1998;43(7):737-41.
2. Verhulst FC, Van der EJ. Assessment of child psychopathology: relationships between different methods, different informants and clinical judgment of severity. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84(2):155-9.
3. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
4. Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) – Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência: dados preliminares. *Rev ABP-APAL* 1995;17(2):55-66.
5. Achenbach TM. Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
6. Achenbach TM. Manual for the Youth Self-Report Form and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
7. Fleitlich BW, Cortazar PG, Goodman R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infanto* 2000;8:44-50.
8. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatr* 1997;38:581-6.
9. Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol* 1999;27:17-24.
10. Shaffer D, Fisher P, Lucas CP, Dulcan MK, Schwab-Stone ME. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(1):28-38.
11. Lahey BB, Flagg EW, Bird HR, Schwab-Stone ME, Canino G, Dulcan MK, et al. The NIMH Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study: background and methodology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(7):855-64.
12. Bravo M, Woodbury-Farina M, Canino G, Rubio-Stipec M. The Spanish translation and cultural adaptation of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) in Puerto Rico. *Cult Med Psychiatry* 1993;17(3):329-44.
13. Rubio-Stipec M, Canino G, Shrout PE, Dulcan MK, Freeman D, Bravo M. Psychometric properties of parents and children as informants in child psychiatry epidemiology with the Spanish Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2). *J Abnorm Child Psychol* 1994;22(6):703-20.
14. Ribera JC, Canino G, Rubio-Stipec M, Bravo M, Bauermeister JJ, Alegría M, et al. The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.1) in Spanish: reliability in a Hispanic population. *J Child Psychol Psychiatr* 1996;37(2):195-204.
15. Goodman R, Ford T, Richard H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation on an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatr* 2000;41:645-55.
16. Ambrosini PJ. Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(1):49-58.
17. Mercadante MT, Asbahr F, Rosário-Campos MC, Ayres AM, Karman L, Ferrari MC, et al. K-SADS – Entrevista semi-estruturada para diagnóstico em psiquiatria da infância, versão epidemiológica. Quarta versão (Orvaschel H, Puig-Antich J, 1987) com permissão dos autores. São Paulo, SP: Protoc – Hospital das Clínicas da FMUSP; 1995.
18. Dietz KR, Lavigne JV, Arend R, Rosenbaum D. Relation between intelligence and psychopathology among preschoolers. *J Clin Child Psychol* 1997;26(1):99-107.
19. Goodman R, Simonoff E, Stevenson J. The impact of child IQ, parent IQ and sibling IQ on child behavioural deviance scores. *J Child Psychol Psychiatr* 1995;36(3):409-25.
20. Halperin JM, McKay KE. Psychological testing for child and adolescent psychiatrists: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(6):575-84.
21. Harris SR, Langkamp DL. Predictive value of the Bayley mental scale in the early detection of cognitive delays in high-risk infants. *J Perinatol* 1994;14(4):275-9.
22. Sparrow SS, Davis SM. Recent advances in the assessment of intelligence and cognition. *J Child Psychol Psychiatr* 2000;41(1):117-31.
23. Burgemeister BB, Blum LH. Escala de Maturidade Mental Columbia. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1993.
24. Raven JC, Raven J, Court JH. Matrizes progressivas coloridas: Manual. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1987.
25. Weil P, Nick E. O potencial de inteligência do brasileiro – levantamento e resultados no teste INV. Rio de Janeiro: CEPA; 1971.
26. Cunha JA, Moraes MIB, Rocha NS, Werba L, Valle RR, Spader M, et al. Teste de sondagem intelectual. Rio de Janeiro: CEPA; 1969.
27. Sparrow SS, Balla DA, Cicchetti DV. Vineland Adaptive Behavior Scales Interview Edition, expanded form manual. Circles Pines, MN: American Guidance Service; 1984.
28. Cunha JA. Psicodiagnóstico-V. 5a. edição revista e ampliada. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
29. Exner JE, Weiner IB. The Rorschach – a comprehensive system – volume 3: assessment of children and adolescents. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
30. Cronbach LJ. Fundamentos da testagem psicológica. 5a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

Correspondência: Cristiane Seixas Duarte

Rua dos Tamanás, 358 – 05444-010 São Paulo, SP – Fax: (0xx11) 3813-1238