

Follow-up em avaliação psicológica em uma amostra de serviço-escola

Gabriel dos Reis Rodrigues

Aline Riboli Marasca

Denise Balem Yates

Denise Ruschel Bandeira

RESUMO

A Avaliação Psicológica (AP) no contexto clínico, chamada psicodiagnóstico, possui a finalidade de auxiliar na tomada de decisão clínica do avaliado. A entrevista de devolução compõe o seu momento final, quando são dadas as indicações terapêuticas específicas do caso. Apesar da procura e do início dessas indicações constituírem o objetivo da AP, até o momento, nenhum estudo nacional abordou diretamente o que acontece após o psicodiagnóstico. Este é um estudo longitudinal quantitativo que buscou delinear os seguimentos das indicações e identificar possíveis associações entre a taxa de procura das indicações com dados clínicos e sociodemográficos. Setenta e cinco famílias provenientes de um serviço-escola em AP passaram por uma entrevista de *follow-up* conduzida a partir de três meses da entrevista de devolução. Análises de frequência, correlação e comparação entre grupos foram realizadas. Taxa de procura correlacionou-se negativa e moderadamente com quantidade de indicações ($r_s = -0,282, p < 0,02$), sendo maior no grupo de pacientes que faziam uso contínuo de medicação psiquiátrica do que os que não faziam ($U = 904,50, z = 2,51, p = 0,01$). Discute-se a variabilidade da taxa de procura/início de acordo com as indicações terapêuticas. O modelo Barreiras ao Tratamento é abordado e foram feitas sugestões práticas que podem ser implementadas durante o processo psicodiagnóstico ou durante a entrevista de devolução.

Palavras-chave: Avaliação psicológica; Psicodiagnóstico; Serviço-escola, *Follow-up*.

Abstract

Follow-up on psychological assessment with a clinical school sample

Psychological Assessment (PA) in the clinical context, called psychodiagnosis, has the purpose of assisting in the clinical decision making of the evaluated person. The return interview is its final moment, when the specific therapeutic recommendations of the case are given. Despite the search for and the beginning of these indications constituting the main goal of PA, so far, no national study has directly addressed what happens after the psychodiagnosis. This is a quantitative longitudinal study that sought to outline referral follow-up and identify possible associations between the rate of search for referral with clinical and sociodemographic data. Seventy-five families from a school service dedicated to PA underwent a follow-up interview conducted three months from the return interview. Frequency, correlation and between groups comparison analyzes were performed. Rate of search correlated negatively and moderately with quantity of indications ($r_s = -.282, p < .02$), being higher in the group of patients who were on continuous psychiatric medication use than those who were not ($U = 904.50, z = 2.51, p = .01$). The variability in the rate of search/initiation according to therapeutic indications is discussed. The Barriers to Treatment model is addressed and practical suggestions were made that can be implemented during the psychodiagnostic process or during the return interview.

Keywords: Psychological assessment, psychodiagnosis, school-service, follow-up

Sobre os autores

G. dos R. R.
<http://orcid.org/0000-0002-0142-3123>
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – RS
reisrgabriel@gmail.com

A. R. M.
<http://orcid.org/0000-0002-9928-3148>
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – RS
aline.marasca@gmail.com

D. B. Y.
<http://orcid.org/0000-0002-0879-9270>
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – RS
denise.yates@ufrgs.br

D. R. B.
<http://orcid.org/0000-0001-9867-2718>
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – RS
bandeira@ufrgs.br

Direitos Autorais

Este é um artigo de acesso aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.



A avaliação psicológica (AP) é definida, de acordo com a Resolução CFP N° 09/2018, como “um processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, composto de métodos, técnicas e instrumentos, com o objetivo de prover informações à tomada de decisão, no âmbito individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas” (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2018, p. 2). A AP no contexto clínico, chamada de psicodiagnóstico, tem como objetivo compreender a queixa de um indivíduo, assinalando suas dificuldades e potencialidades (Krug et al., 2016). Ao final da avaliação, o avaliador discute com o paciente e/ou com sua família os resultados encontrados e indica encaminhamentos terapêuticos a fim de mitigar as queixas trazidas no início do processo. A última seção da Resolução CFP N° 06/2019 dedica-se a estabelecer essa sessão de encerramento do psicodiagnóstico, chamada de entrevista devolutiva, como obrigatória (CFP, 2019).

A entrevista devolutiva em psicodiagnóstico é o momento de retomada dos motivos e das perguntas iniciais da avaliação, da discussão sobre o processo, da comunicação dos resultados e da sugestão de indicações terapêuticas para o caso (Albornoz, 2016). Alguns exemplos de indicações terapêuticas podem ser: psicoterapia individual, acompanhamento psiquiátrico, fonoterapia, atendimento psicopedagógico, dentre outros. Assim sendo, atenta-se que o intuito dessa entrevista final dispõe também sobre um compromisso ético em avaliação, pois a partir dessas indicações busca-se produzir benefícios reais para o avaliando (Muniz, 2018).

As indicações terapêuticas devem variar de caso a caso, considerando aspectos como demandas e queixas iniciais, aspectos socioeconômicos da família, resultados da avaliação etc. (Albornoz, 2016). Autores defendem que características como relação com o avaliador (Mucka et al., 2016), percepção de dificuldades quanto à busca da indicação e/ou da relevância do tratamento (Kazdin et al., 1997; Nanninga et al., 2016), práticas parentais (Geffken et al., 2006), local de moradia e acesso a serviços de saúde também devem ser considerados ao se realizar uma indicação (MacNaughton & Rodrigue, 2001).

Percebe-se que a indicação por um tratamento não garante a busca ou o seguimento em um novo atendimento. Desse modo, Kazdin et al. (1997) procuraram identificar as razões pelas quais pais de crianças não buscavam os encaminhamentos indicados em atendimentos em saúde. Dessa pesquisa surgiu o modelo *Barriers to Treatment* (em tradução livre, *Barreiras ao Tratamento*). As Barreiras ao Tratamento envolvem todos os fatores que dificultam o estabelecimento de uma boa relação entre a família e a clínica de atendimento em saúde indicada. Essas barreiras podem ser (1) estressores e obstáculos, (2) demandas do tratamento e problemas relacionados a ele, (3) a relevância percebida pelo tratamento e (4) a relação com o terapeuta que indicou o tratamento. Assim, embora as indicações terapêuticas sejam fornecidas a fim de melhorar o

funcionamento do avaliando e da sua qualidade de vida, possíveis barreiras podem fazer com que a recomendação de um tratamento não seja seguida.

O modelo de Barreiras ao Tratamento pode servir como uma boa base para a compreensão do seguimento das indicações terapêuticas. O estudo de Kazdin et al. (1997) contribuiu para a compreensão teórica da motivação e do engajamento parental em tratamentos de saúde (Pereira & Barros, 2019). Ainda, tal modelo está presente em estudos sobre aliança terapêutica (Kazdin & McWhinney, 2017), motivação para iniciar tratamento (Becker et al., 2013; Girio-Herrera et al., 2012; Johnston et al., 2019), e abandono de tratamento (Chacko et al., 2017; Haan et al., 2013; Miller et al., 2008).

Na área de AP, trabalhos descritivos buscaram caracterizar quais recomendações terapêuticas foram ou não seguidas após a AP. Tais estudos são importantes pois fornecem dados sobre a dificuldade de entrada ou de adesão a determinados tipos de tratamento. Estudos internacionais que tiveram como objetivo identificar a taxa de procura para essas indicações apontaram em torno de 70% de procura dos pais às indicações terapêuticas recebidas após a AP de seus filhos (Dreyer, O’Laughlin, Moore, & Milam, 2010; Geffken et al., 2006). O trabalho de MacNaughton e Rodrigue (2001) foi o primeiro encontrado a investigar diretamente a taxa de seguimento das indicações terapêuticas após a avaliação. Esse estudo coletou dados de 93 famílias de baixa renda na entrevista inicial ao serviço de AP e após um mês da conclusão do processo. O principal resultado indicou que as famílias com crianças que passaram por psicodiagnóstico buscaram menos as indicações para serviços psicológicos e mais as indicações para outras especialidades. As taxas para a procura dos serviços indicados foram de 67% ($DP = 33,80$), variando de 47% ($DP = 48,01$) para serviços psicológicos (como psicoterapia) até 81% ($DP = 37,63$) para consultas com profissionais de saúde de outras áreas. Esse primeiro trabalho exploratório encontrado no campo da avaliação psicológica serviu como base importante para outros trabalhos que se seguiram.

Ainda sobre tais estudos, Dreyer et al. (2010) avaliaram o seguimento das indicações de 80 famílias em uma clínica-escola especializada em diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). As autoras apontaram que os pais de crianças recém diagnosticadas com TDAH aderiram mais a recomendações não psicológicas (e.g., procura de um profissional médico) do que às psicológicas. Semelhante a isso, Bennett et al. (1996) investigaram o seguimento de indicações de 63 famílias em uma clínica-escola especializada em diagnóstico de TDAH. Os resultados apresentaram que os pais de crianças com TDAH buscaram mais o tratamento medicamentoso (72%) do que por psicoterapia (49%) após a avaliação, mesmo com ambas indicadas.

Na literatura brasileira sobre indicações terapêuticas encontram-se principalmente estudos feitos a fim de levantar as

principais queixas recebidas ou indicações que podem ser sugeridas na AP (Gomes & Pedrero, 2015; Reppold & Hutz, 2008; Scortegagna & Levandowski, 2004) ou a fim de divulgar a prática de AP interventiva (Scaduto et al., 2019). Ainda sobre o contexto brasileiro, o estudo de Gastaud et al. (2014) investigou o papel mediador do psicodiagnóstico no processo de psicoterapia a partir de análises de prontuários de 2106 crianças de dois ambulatórios de saúde mental. Os resultados indicaram que crianças que passaram pela AP tiveram 65% mais chance de aderir ao tratamento do que as que não passaram. O trabalho discute que o processo de avaliação auxiliou em termos de adesão ao tratamento, o que pode sugerir um efeito importante de uma entrevista de devolução bem conduzida.

Mesmo com esses trabalhos, nenhum estudo nacional, até o momento, abordou diretamente o seguimento das indicações terapêuticas após a AP. Descrever os seguimentos nas indicações terapêuticas é um primeiro passo importante para identificar variáveis relacionadas à adesão aos tratamentos sugeridos no psicodiagnóstico e identificar possíveis barreiras ao Tratamento. A produção de pesquisa com tal enfoque busca fundamentar práticas de Avaliação Baseada em Evidências (*Evidence-Based Assessment*; Hunsley & Mash, 2007; Kazdin, 2005; Youngstrom, 2013). Tal prática preocupa-se com a disseminação de fazeres na AP que sejam pautados em dados empíricos das técnicas, procedimentos e consequências da AP (Hunsley & Mash, 2007).

Na linha do que foi apresentado, o objetivo deste estudo foi o de caracterizar as indicações terapêuticas e os seus seguimentos pelas famílias a partir de uma amostra de serviço-escola em AP, de uma instituição pública de ensino superior, com foco em famílias de baixa renda. Como objetivo específico, buscou-se delinear quais encaminhamentos foram mais indicados, quais os mais procurados pelos pacientes e/ou familiares, e quais os mais iniciados. Além disso, teve-se como objetivo identificar as possíveis associações entre a porcentagem de indicações procuradas (taxa de procura) e dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo e longitudinal – já que dados dos participantes foram coletados em diferentes pontos no tempo (Howitt & Cramer, 2011). Este estudo contou com uma amostra inicial de 228 famílias que acessaram um serviço-escola público de AP no momento 1. No momento 2, na entrevista de *follow-up* após o fim do psicodiagnóstico, 75 famílias conseguiram ser acessadas por meio de contato telefônico, representando uma perda amostral de 67,10%. Os pacientes que passaram pela AP tinham idades variando entre

três e 71 anos ($M = 14,30$, $DP = 11,54$), sendo 65,7% dos participantes ($n = 44$) do sexo masculino. A renda familiar total da família dos participantes variou entre R\$ 300 e R\$ 5000 ($M = R\$ 1,746$, $DP = 911$). Os dados sociodemográficos dos pacientes podem ser vistos na Tabela 1; os dados clínicos, na Tabela 2.

Tabela 1. *Dados Sociodemográficos da Amostra (n = 75)*

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	48	64,0
Feminino	27	36,0
Idade		
≤ 11 anos	44	58,7
12-17 anos	20	26,6
≥ 18	11	14,7
Escolaridade		
Sem ensino formal	2	2,8
Pré-escolar	3	4,0
Fundamental incompleto	43	57,3
Médio incompleto	21	28,0
Médio completo	1	1,3
Superior incompleto	3	4,0
Superior completo	1	1,3
Pós-graduação incompleta	1	1,3
Cuidador principal		
Mãe biológica	36	48,0
Ambos pais biológicos	21	28,0
Outros	5	6,7
Pai biológico	4	5,3
Avós	4	5,3
Ambos pais adotivos	2	2,7
Independente	2	2,7
Pai adotivo	1	1,3
Reside em		
Porto Alegre	41	54,6
Região Metropolitana	30	40,0
Interior	4	5,4

Tabela 2. *Dados Clínicos da Amostra*

Variáveis	n	%
Queixas iniciais		
Dificuldade de aprendizagem	58	77,3
Desatenção	31	41,3
Habilidades sociais	19	25,3
Problemas neurodesenvolvimentais	15	20,0
Agressividade	14	18,7
Ansiedade	13	17,3
Hiperatividade	13	17,3
Humor deprimido	9	12,0
Problemas de conduta	8	10,7
Problemas de memória	8	10,7
Delírios/alucinações	1	1,3
Outros	10	13,3
Faz uso de medicação?		
Sim	30	40,0
Não	45	60,0
Diagnóstico prévio?		
Sim	28	37,4
Não	46	62,6
Diagnóstico fornecido pelo serviço?		
Sim	44	58,7
Não	30	41,3

INSTRUMENTOS

ENTREVISTA DE *FOLLOW-UP*

A entrevista de *follow-up* é composta por perguntas fechadas que são preenchidas pelo estagiário de psicologia que realiza o contato telefônico com a família do paciente. Ao menos três meses após a conclusão do atendimento, pergunta-se sobre (1) quais indicações foram procuradas e (2) sobre o motivo para não buscar um encaminhamento, caso não tenha sido procurado algum (ou nenhum). Ainda, caso tenha sido buscado, (3) quais encaminhamentos não foram iniciados e (4) o motivo para não se ter iniciado o encaminhamento. Ademais,

questiona-se se (5) ainda está em tratamento e, conforme o caso, (6) sobre o motivo para não se estar em um tratamento – caso o motivo seja interrupção involuntária, (7) indaga-se por que o tratamento foi interrompido. Ao final, pergunta-se se (8) o tratamento está sendo satisfatório e (9) sobre quem respondeu às perguntas. Uma sessão do formulário é reservada para comentários possíveis do entrevistador. Para o presente trabalho, foram selecionados os dados clínicos e sociodemográficos do momento 1 e 2, além das informações provenientes da entrevista de *follow-up*.

SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE BASE EMPÍRICA DE ACHENBACH

Para avaliar a severidade dos problemas emocionais e/ou comportamentais no início da avaliação, foram utilizados os questionários do sistema ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*; Achenbach & Rescorla, 2001, 2003). Os questionários ASEBA são instrumentos de triagem clínica que oferecem um compreensivo entendimento de processos adaptativos de crianças, adolescentes e adultos. As crianças foram avaliadas com o *Child Behavior Checklist/6-18* (CBCL/6-18; Achenbach & Rescorla, 2001; Bordin et al., 2013) preenchidos pelo cuidador ou cuidadora principal. Adolescentes receberam seus escores a partir do CBCL/6-18; quando essa informação era faltante, seus escores eram provenientes do *Youth Self Report-11/18* (YSR/11-18; Achenbach & Rescorla, 2001; Bordin et al., 2013), uma escala de autorrelato. Caso um adolescente não apresentasse registro do CBCL nem do YSR, o *Teacher's Report Form/6-18* (TRF/6-18; Achenbach & Rescorla, 2001), respondidos pelo professor, era computado. Os escores dos adultos foram obtidos a partir do *Adult Self-Report* (ASR; Achenbach & Rescola, 2003; Bordin et al., 2013), uma escala de autorrelato.

Os questionários ASEBA foram adaptados para mais de 23 países, nos quais análises fatoriais confirmatórias apresentaram resultados de ajuste satisfatórios para o modelo de oito variáveis latentes correlacionadas entre si (Achenbach, 2015). No Brasil, os questionários ASEBA passaram por análises de sua estrutura que obtiveram, no total, resultados de RMSEA entre 0,023 e 0,104, de CFI entre 0,839 e 0,936, e de TLI entre 0,834 e 0,927 (ASR - análise exploratória, Lucena-Santos et al., 2014; CBCL, Emerich et al., 2011; TRF, Pires, 2017; YSR - subteste atenção, Rocha, 2012). Neste estudo, optou-se pelas variáveis Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes, e Problemas Totais fornecidos na correção dos questionários ASEBA. Problema Internalizantes são o somatório de escores para problemas desse tipo (ansiedade/depressão, reclamações somáticas etc.) e Problemas Externalizantes abarcam questões comportamentais (agressividade, quebra de regras etc.). Na falta de escores considerados clínicos para qualquer um desses problemas, Problemas Totais são o somatório de

todos os sintomas apresentados.

PROCEDIMENTOS

Este trabalho é derivado do projeto “Centro de Avaliação Psicológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Caracterização da Clientela, *Follow-up* e Estudos de Caso” (Projeto de Pesquisa nº 23675). O projeto de pesquisa teve início em 2012 e ocorre até o momento desta publicação. Os procedimentos aqui delineados tiveram início por volta de 2016, estando em voga até o momento presente. Este estudo utilizou dados de 2016 a 2018.

O Centro de Avaliação Psicológica (CAP) da UFRGS é um serviço-escola que presta AP à população com baixa renda. Durante a entrevista de triagem no serviço-escola, os participantes e as suas famílias recebem explicações sobre a pesquisa realizada, e é nesse encontro que tanto o paciente quanto a sua família preenchem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ainda neste primeiro momento, é feito o preenchimento dos questionários que compõe o sistema ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*; Achenbach & Rescorla, 2001, 2003).

Ao final da avaliação, sugerem-se indicações terapêuticas ao caso e são inseridas as informações sobre toda a AP no banco de dados do serviço. A entrevista de *follow-up* ocorre a partir de três meses após a finalização do psicodiagnóstico, quando um estagiário de psicologia realiza o contato telefônico com a família do paciente a fim de levantar dados sobre o seguimento das indicações terapêuticas. Como critérios de inclusão, neste estudo, o participante deveria ter concluído a AP, ter recebido ao menos uma indicação terapêutica, e ter realizado a entrevista de *follow-up*.

O serviço-escola mantém um banco de dados com informações sobre cada paciente, sendo esse atualizado em três momentos. (1) Após a primeira entrevista com os pais (anamnese), os avaliadores devem inserir idade, escolaridade, cuidador principal, com quem reside, renda familiar total e outros dados socioeconômicos do paciente. Ainda no primeiro momento, inserem-se no banco de dados os motivos para busca do psicodiagnóstico, se o paciente já realizou alguma AP previamente, se ele ou alguém de sua família recebeu algum diagnóstico psiquiátrico etc. (2) O segundo momento de atualização desse banco de dados é realizado após a finalização do psicodiagnóstico, no qual são inseridos o número de sessões, as técnicas e os testes psicológicos utilizados, o fornecimento ou não de um diagnóstico etc. Caso haja abandono por parte do paciente (i.e., caso deixe de ir às sessões), isso também deve ser reportado. (3) O terceiro momento de atualização desses dados ocorre pelo menos três meses depois de finalizado o processo psicodiagnóstico, denominada entrevista de *follow-up*.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados utilizando-se o software IBM SPSS 20. Em um primeiro momento, foram realizadas análises de frequência buscando-se levantar a quantidade de encaminhamentos indicados, procurados e iniciados de acordo com as indicações terapêuticas.

Em um segundo momento, calculou-se a taxa de procura de acordo com a quantidade de indicações terapêuticas sugeridas no psicodiagnóstico, conforme estabelecido em estudos anteriores (Geffken et al., 2006; MacNaughton & Rodrigue, 2001; Mucka et al., 2016). A taxa de procura é a porcentagem de encaminhamentos seguidos a partir dos encaminhamentos indicados ($100\% \times \text{encaminhamentos seguidos} \div \text{encaminhamentos indicados}$). Essa taxa é usada para uniformizar a medida de procura de encaminhamentos em famílias que receberam números diferentes de indicação, representando, assim, uma medida de “engajamento”. Por exemplo, casos que receberam quatro indicações terapêuticas e procuraram duas delas tiveram o escore de 50% de procura, pois procuraram metade dos encaminhamentos indicados ($100\% \times 2 \div 4 = 50\%$). Da mesma forma, casos que receberam duas indicações terapêuticas e procuraram uma também tiveram o escore de 50% de procura ($100\% \times 1 \div 2 = 50\%$). Deste jeito, casos que receberam uma indicação terapêutica e procuraram uma tiveram o escore de 100% de procura. Seguindo essa métrica, não foi incomum que algumas famílias apresentaram taxas de procura acima de 100% – isso aconteceu quando, na entrevista de *follow-up*, essas famílias indicaram ter procurado um número de indicações maior do que as que haviam recebido na entrevista devolutiva. Assim, por exemplo, casos que receberam uma indicação terapêutica e procuraram duas indicações tiveram uma taxa de procura de 200% ($100\% \times 2 \div 1 = 200\%$).

Análises iniciais indicaram desvios da normalidade para a variável taxa de procura. Sendo assim, análises não paramétricas foram conduzidas. A correlação de Spearman foi realizada entre taxa de procura e variáveis clínicas/sociodemográficas consideradas relevantes a partir da literatura (idade do avaliando, quantidade de profissionais consultados, quantidade de indicações recebidas, renda familiar, renda por pessoa, escores ASEBA). O teste Mann-Whitney foi utilizado para calcular diferenças entre grupos nos escores de taxa de procura. Os grupos avaliados foram: escolaridade máxima de pelo menos um dos cuidadores principais (grupo 1: até ensino fundamental, grupo 2: ensino médio ou acima); diagnóstico prévio (grupo 1: com diagnóstico prévio, grupo 2: sem diagnóstico prévio); diagnóstico na devolução (grupo 1: com diagnóstico na devolução, grupo 2: sem diagnóstico na devolução); uso contínuo de medicação psiquiátrica (grupo 1: utiliza medicação psiquiátrica, grupo 2: não utiliza medicação psiquiátrica).

RESULTADOS

LEVANTAMENTO SOBRE PROCURA E INÍCIO DAS INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Os casos receberam no mínimo 1 e no máximo 7 indicações terapêuticas na entrevista de devolução ($M = 2,73$, $DP = 1,34$). Sessenta e cinco casos (86,7%) receberam duas ou mais indicações. A taxa de procura dessas variou entre 0 e 300% ($M = 78,38$, $DP = 63,45$). Após três meses ou mais, 15 casos (20%) ainda não haviam buscado nenhum encaminhamento, 29 (38,7%) haviam buscado pelo menos um, 16 (21,3%) haviam procurado todas as indicações terapêuticas e 15 (20%) procuraram mais do que todas as indicações.

As indicações terapêuticas dos 75 casos de psicodiagnóstico são apresentadas na Tabela 3. Além da taxa de procura e do início do atendimento, conforme a indicação terapêutica recebida na entrevista de devolução, a Tabela 3 apresenta os dados referentes a casos que não receberam uma indicação, mas que mesmo assim a procuraram. A maior taxa de procura observada ocorreu para o encaminhamento neurologia (76,92%), seguido por psicopedagogia (61,90%), e após por psicoterapia (58,18%). Após três meses, as maiores taxas de início das intervenções foram observadas nos encaminhamentos para reabilitação neuropsicológica (100%, com um caso de procura), reforço escolar (100%, com cinco casos) e psiquiatria (85,71%, seis de sete casos). Psicoterapia foi o encaminhamento com menor taxa de início.

Tabela 3. Procura e Início por Encaminhamentos Indicados e por Encaminhamentos e Não Indicados

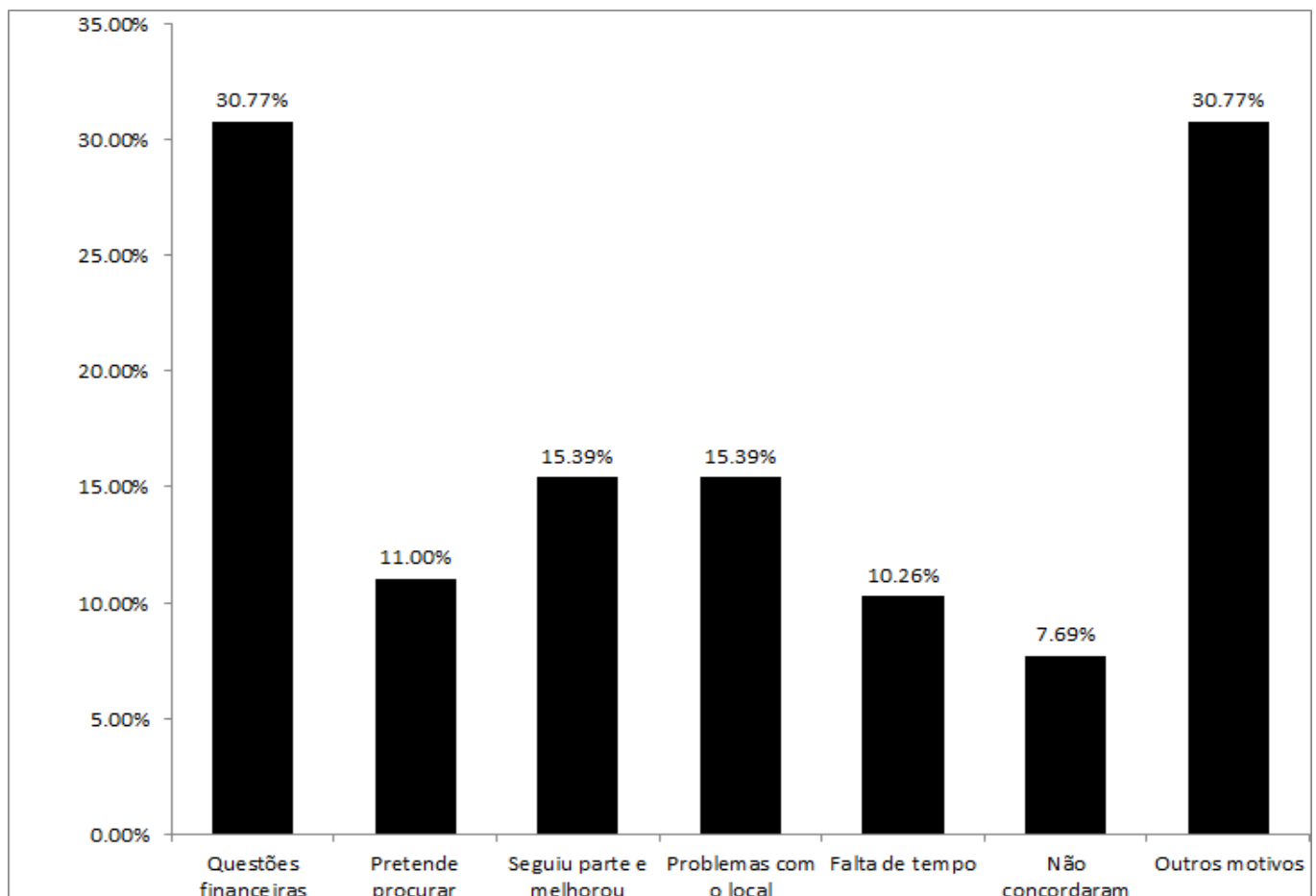
Encaminhamentos	<i>n</i>	Procurado <i>n</i> (%)	Iniciado <i>n</i> (%)
Receberam indicação			
Psicoterapia	55	32 (58,18)	17 (30,91)
Outros	26	10 (38,46)	6 (23,07)
Fonoaudiologia	26	15 (57,69)	8 (30,77)
Psiquiatria	21	7 (33,33)	6 (28,57)
Psicopedagogia	21	13 (61,90)	10 (47,62)
Reforço Escolar	18	5 (27,78)	5 (27,78)
Neurologia	13	10 (76,92)	7 (53,85)
Reabilitação Neuropsicológica	6	1 (16,67)	1 (16,67)
Não receberam indicação			
Psicoterapia	19	9 (47,37)	4 (44,44)
Outros	49	6 (12,24)	5 (10,20)
Fonoaudiologia	48	4 (8,33)	4 (8,33)
Psiquiatria	53	4 (7,55)	4 (7,55)
Psicopedagogia	53	10 (18,87)	8 (15,09)
Reforço Escolar	56	2 (3,57)	1 (1,78)
Neurologia	61	5 (8,19)	5 (8,19)
Reabilitação Neuropsicológica	68	0 (0)	0 (0)

Na Tabela 3, é possível observar a distribuição de procura e de início dos encaminhamentos não indicados, aponta-se para a taxa de 47,37% de procura por psicoterapia para os pacientes que não receberam essa indicação. Ainda, 10 de 53 casos (18,87%) que não receberam a indicação terapêutica de psicopedagogia procuraram por esse serviço ao menos três meses depois do psicodiagnóstico. A Figura 1 apresenta os motivos justificados para não haver sido procurada uma indicação terapêutica. Todos os motivos são indagados na Entrevista de *Follow-Up* pelos entrevistadores, ou seja, não partem de comentários espontâneos da família do paciente. Os motivos mais citados foram questões financeiras, o fato de que ainda pretendiam procurar, falta de tempo e problemas com a instituição indicada.

CORRELAÇÕES E DIFERENÇAS ENTRE GRUPOS

A análise de correlação entre taxa de procura e quantidade de indicações recebidas na devolução indicou associação negativa moderada – de acordo com as diretrizes de Cohen (1988), $r_s = -0,282, p < 0,02, n = 75$. As demais análises de correlação com taxa de procura não foram significativas. Não houve associação entre taxa de procura e: renda familiar total ($r_s = -0,053, p = 0,683, n = 62$); renda por pessoa da família ($r_s = 0,082, p = 0,524, n = 62$); idade do paciente ($r_s = -0,174, p = 0,135, n = 75$); quantidade de profissionais que acompanham ou já acompanharam o paciente ($r_s = 0,058, p = 0,620, n = 75$); ASEBA Problemas Internalizantes ($r_s = 0,021, p = 0,866, n = 66$); ASEBA Problemas Externalizantes ($r_s = 0,168, p = 0,178, n = 66$); e ASEBA Problemas Totais ($r_s = 0,176, p = 0,157, n = 66$).

Figura 1. Motivos para não procurar uma indicação terapêutica (n = 39).



Em relação às análises de diferenças entre grupos, apresentadas na Tabela 4, não houve diferença significativa na média de taxa de procura entre o grupo dos cuidadores principais com escolaridade até o ensino fundamental e os com ensino médio ou acima. Do mesmo modo, não houve diferença significativa entre os escores dos seguintes grupos: entre os pacientes que já haviam recebido diagnóstico psicológico/psiquiátrico/neurológico e os que não haviam; entre os que re-

ceberam diagnóstico após a avaliação e os sem diagnóstico após avaliação. Ademais, o grupo de pacientes que faziam uso contínuo de medicação psiquiátrica apresentou maior taxa de procura ($Mdn = 100\%$) do que o grupo que não fazia ($Mdn = 50\%$), sendo $U = 904,50$, $z = 2,51$, $p = 0,01$. O tamanho de efeito apresentou magnitude moderada ($r = 0,29$); considerando-se as médias, o grupo que fazia uso de medicação procurou 36,78% de indicações terapêuticas a mais.

Tabela 4. Diferenças nos Escores de Taxa de Procura dos Grupos em Relação a Variáveis Clínicas e Sociodemográficas

Variáveis	U	z	p	Mdn	r
Escolaridade máxima (cuidador principal)					
Até fundamental	447,50	0,56	0,58	60,00	0,07
Médio ou acima				80,00	
Diagnóstico prévio					
Com diagnóstico prévio	748,00	0,99	0,32	90,00	0,11
Sem diagnóstico prévio				66,66	
Diagnóstico na devolução					
Com diagnóstico na devolução	655,00	-0,29	0,77	70,83	-0,03
Sem diagnóstico na devolução				66,67	
Medicação psiquiátrica contínua					
Utiliza	904,50	2,51	0,01*	100,00	0,29
Não utiliza				50,00	

* $p < ,05$.

DISCUSSÃO

Este estudo buscou avançar no conhecimento, na prática e na discussão sobre as indicações terapêuticas ao final do psicodiagnóstico. Encontrou-se que as taxas de procura após o psicodiagnóstico variam bastante entre os casos, entre 0 e 300%. A grande variabilidade da taxa de procura indicou a pluralidade de conclusões que uma família pode construir ao final de uma AP. Destaca-se que 15 famílias buscaram mais indicações do que receberam na entrevista de devolução. Isso pode estar relacionado a um índice alto de engajamento dessas famílias no tratamento do avaliando e de suas questões de saúde. Em relação a essas altas taxas de procura, uma outra possibilidade é de os profissionais indicados na AP estarem encaminhando essas famílias a outros serviços.

A maior taxa de procura encontrada recaiu sobre um encaminhamento do tipo não psicológico, no caso um profissional

da saúde (neurologia), o que vai ao encontro de estudos internacionais que atribuem a valorização cultural pelos saberes médico/biológico como a causa dessa alta procura (Bennett et al., 1996; Dreyer et al., 2010; Geffken et al., 2006; Lindsey et al., 2013; MacNaughton & Rodrigue, 2001). A segunda taxa de procura mais alta foi pelo serviço de psicopedagogia, o qual também foi procurado por 10 de 53 casos que não haviam recebido essa indicação terapêutica. É possível que, mesmo com outras indicações, exista uma grande preocupação em relação ao desempenho escolar, o que estimula a busca por um serviço que atenda, especificamente, isso.

A psicoterapia foi a terceira indicação terapêutica mais procurada, possuindo taxa de procura acima de 50%. Do mesmo modo, a procura por psicoterapia aconteceu em 47,37% dos casos que não receberam essa indicação. Existe a hipótese de que isso tenha ocorrido devido ao efeito que a AP tem no paciente e em sua família (Gastaud et al., 2014). Supõe-se que

a rotina de frequentar um serviço de psicologia, de realizar as atividades de psicodiagnóstico com pessoas que validam os sentimentos e as percepções dos avaliados podem gerar benefícios percebidos pela família no bem-estar desse sujeito (Mônego, 2016). Assim, após a avaliação, acabam por entender que a psicoterapia seria um bom encaminhamento mesmo não tendo recebido essa indicação. Entretanto, embora a psicoterapia tenha sido procurada, apenas 53,12% dos casos que procuraram esse atendimento conseguiram iniciá-lo até três meses depois da avaliação. Supõe-se que isso ocorra devido ao custo do atendimento ou às filas de espera de clínicas-escolas e de clínicas de formação.

Sobre as correlações, observou-se uma correlação negativa e moderada entre a quantidade de encaminhamentos indicada e a taxa de procura de indicações. Isso pode apontar para dificuldades das famílias em dar seguimento a um grande número de indicações terapêuticas. Tal resultado pode ser contraintuitivo, tendo em vista que os profissionais de AP, em sua prática clínica, talvez indiquem um alto número de encaminhamentos esperando que o paciente siga pelo menos alguns destes. Ademais, a variável taxa de procura não apresentou correlações significativas com idade, nem renda, nem quantidade de profissionais que consultaram o paciente, nem com escores ASEBA.

O grupo de pacientes que já fazia uso contínuo de medicação psiquiátrica apresentou maior taxa de procura das indicações do que o grupo que não fazia uso de medicação. Há a hipótese de que pacientes que frequentam psiquiatrias possuam maior facilidade em aderir a recomendações psicológicas por já estarem expostos a serviços relacionados à saúde mental. Isso porque, como já descrito na literatura, famílias com menores estigmas relacionados a serviços psiquiátricos/psicológicos possuem maiores taxas de procura após o psicodiagnóstico (Geffken et al., 2006; Lindsey et al., 2013; Mucka et al., 2016). Sendo assim, independentemente das condições financeiras – caso a indicação seja feita conforme a realidade socioeconômica da família –, um grande fator para a procura pode ser o engajamento da família no tratamento.

Vale a pena destacar os resultados associados às Barreiras ao Tratamento já que eles podem ser úteis na tomada de decisão em AP (Kazdin et al., 1997). Em relação aos motivos listados, para não se procurar uma indicação terapêutica (Figura 1), em primeiro lugar, estiveram as questões financeiras. Embora esse tenha sido o principal motivo relatado para não se buscar uma indicação terapêutica, não houve correlação significativa entre a taxa de procura do caso e a renda (familiar ou por pessoa). É possível que os familiares percebam como “questões financeiras” as dificuldades relacionadas também a outros impedimentos (ou seja, a outras Barreiras ao Tratamento). Assim, talvez caracterizem como pertencente a essa cate-

goria as dificuldades relacionadas ao transporte, por exemplo. A limitação a sete motivos de não procura pode ter prejudicado a variedade de respostas à pergunta “*Caso não tenha procurado algum (ou nenhum) dos encaminhamentos, qual foi o motivo?*”. De acordo com a literatura, dificuldades na procura podem ocorrer devido à clareza da indicação, lembrança das informações da devolução, recordação sobre como entrar em contato com cada local de atendimento, ou até a uma possível melhora do paciente após seguir alguns dos encaminhamentos (Geffken et al., 2006; Kazdin et al., 1997; Lindsey et al., 2013; Mucka et al., 2016; Nanninga et al., 2016).

Sugere-se que os fatores acima apresentados sejam investigados durante o processo de AP e/ou na entrevista de devolução. Albornoz (2016) indica que as indicações sejam elencadas na devolução em ordem de prioridade e que sejam discutidas com a família sua necessidade e viabilidade. Em consonância a isso, Nanninga et al. (2016) aconselha que cada encaminhamento seja avaliado quanto às suas dificuldades e benefícios como se estivesse acontecendo no agora. Isso implica discutir horários para ele acontecer, transporte até os serviços indicados, benefícios e ações esperadas da família durante o tratamento etc. Com isso, se espera iniciar uma discussão ativa e compreensiva sobre como os encaminhamentos se organizariam na vida das famílias, ao mesmo tempo em que se pode adequar, durante a devolução, as expectativas que estão relacionadas a cada indicação. As atitudes do avaliador durante a explicação dos resultados e das indicações são muito importantes e podem constituir o principal fator para busca da intervenção (Lindsey et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo trouxe como principal contribuição o seguimento de casos de AP, temática pouco abordada na literatura brasileira. A caracterização das indicações terapêuticas mais buscadas e as relações entre a taxa de procura e as variáveis associadas são extremamente relevantes para o planejamento do processo de APs futuras, ainda que o estudo tenha apresentado limitações metodológicas. Temáticas como o papel da entrevista de devolução se fazem necessárias para o avanço da qualidade das APs e sua consequente maior eficácia.

A partir do exposto, nota-se que uma limitação deste estudo foi a utilização de um formulário de entrevistas com perguntas fechadas ao avaliar os motivos para não se buscar atendimento. Assim, pesquisas futuras podem investigar, a partir de questões abertas, os principais motivos para não se buscar uma indicação. Em conjunto a isso, é importante esclarecer os motivos para a não procura de cada uma das indicações. Atualmente, por exemplo, não se consegue discriminar

se a razão pela qual não houve busca das indicações médicas é a mesma pela qual não se buscou outros encaminhamentos. Esse é um importante passo para mapear dificuldades entre a indicação e a sua procura, além de possibilitar o investimento em esforços na entrevista de devolução que previnam baixos índices de procura.

Uma outra possibilidade para o serviço seria a criação de um protocolo na entrevista de devolução que auxilie na identificação de possíveis Barreiras ao Tratamento. Instituições e clínicos poderiam criar seus próprios protocolos a fim de entender quais indicações são e quais não são realistas para as famílias que atendem. Ainda, sugere-se que estudos futuros poderiam auxiliar a prática AP ao desenvolverem instrumentos de avaliação de Barreiras ao Tratamento como o de Nanninga et al. (2016). Independente do formato adotado, torna-se essencial a compreensão na entrevista devolutiva de empecilhos e obstáculos (sociais ou psicológicos) que podem estar relacionados à procura e adesão aos tratamentos indicados.

Ainda sobre as limitações deste estudo, pontua-se o número amostral baixo e os *missing values*. O baixo número amostral e os *missing values* advêm da implementação recente da entrevista de *follow-up* na sistemática de atendimento do Centro de Avaliação Psicológica. Devido a isso, muitos casos de 2016 e de anos anteriores que possuíam dados completos do momento 1 e do momento 2 ainda não tinham as informações da entrevista de *follow-up*. Além disso, a restrição a apenas uma amostra de serviço-escola da região metropolitana de Porto Alegre pode ser outra limitação. É possível que, em outros contextos, configurações diferentes sejam observadas.

Como últimas considerações, é importante pontuar que, apesar de estabelecer o último momento da avaliação, a entrevista de devolução possui uma das principais atribuições do psicodiagnóstico, a de “prover informações à tomada de decisão (...) com base em demandas, condições e finalidades específicas” (CFP, 2018, p. 2). Nesse sentido, a Resolução CFP Nº 06/2019 dedica uma seção exclusiva à entrevista devolutiva, estabelecendo a sua obrigatoriedade no processo de AP. Porém, a obrigatoriedade da devolução não implica uma boa condução desta. De acordo com a meta-análise de Poston e Hanson (2010), a AP consegue cumprir com seu objetivo apenas quando esse processo é conduzido de maneira coerente e nítida do início ao fim. Segundo concluem os autores, um psicodiagnóstico realizado sem o retorno apropriado dos resultados produz tanto efeito quanto intervenção nenhuma. Deste modo, as sugestões apontadas neste estudo podem ser implementadas no decorrer da AP ou durante a entrevista devolutiva a fim de facilitar e tornar nítida a comunicação dos resultados e das indicações terapêuticas.

Sumarizando os achados, é essencial que o psicólogo(a) explique com nitidez para o interessado quais são as indica-

ções terapêuticas que gerariam maior impacto sobre as dificuldades enfrentadas pelo avaliando, elegendo com ele as opções mais viáveis e limitando o número total de indicações. O registro por escrito (laudo psicológico, documento decorrente da AP) é essencial e se faz necessário que as indicações sejam apresentadas de forma objetiva e diretiva, se possível com a indicação de locais (no mesmo documento ou em um anexo).

Outra prática interessante é o mapeamento das dificuldades relacionadas à procura ou ao início dessas indicações, que pode ser realizado tanto durante o processo psicodiagnóstico quanto na sessão final de devolução. Esse mapeamento buscaria minimizar ou diminuir os potenciais reveses para iniciar o tratamento. Obstáculos comuns relacionados à procura ou ao início do tratamento podem incluir: falta de importância percebida do tratamento, questões financeiras, aparente falta de tempo para encaixar o tratamento na rotina familiar, dúvida sobre qual tratamento priorizar e possíveis problemas ao contatar o local de atendimento. Nesse sentido, a fim de se produzir benefícios reais para o avaliando no processo de avaliação psicológica, é preciso atentar e agir sobre esses pontos durante o processo de psicodiagnóstico.

FINANCIAMENTO

A pesquisa relatada no manuscrito não obteve financiamento, tendo sido realizada a partir do Trabalho de Conclusão de Curso do primeiro autor.

DECLARAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Certificamos que todos os autores participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo. A contribuição de cada autor pode ser atribuída como se segue:

A. R. M. e G. R. R. foram responsáveis pela administração e conceitualização do projeto. A. R. M., D. B. Y. e G. R. R. formularam a metodologia e o processo de investigação. D. B. Y. e G. R. R. realizaram tabulação, análise e visualização formal dos dados. G. R. R. preparou o rascunho original. A. R. M. revisou e editou o rascunho original. A. R. M., D. B. Y. e D. R. B. revisaram e editaram o manuscrito final. A. R. M. e D. R. B. supervisionaram o planejamento e a execução da pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Chrystian da Rosa Kroeff pela leitura da versão final do texto.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesse no manuscrito submetido.

No texto do manuscrito suprimimos as seguintes informações para garantir o anonimato dos autores. Pedimos que essa informação seja incorporada ao texto na ocasião da sua diagramação.

Em *Método > Procedimentos*, rever o trecho abaixo:

Este trabalho é derivado do projeto “[Centro de Avaliação Psicológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Caracterização da Clientela, Follow-up e Estudos de Caso]” (Projeto de Pesquisa nº [23675]). O [Centro de Avaliação Psicológica (CAP) da UFRGS] é um serviço-escola que presta avaliação psicológica à comunidade.

Em *Considerações Finais*:

[Centro de Avaliação Psicológica]

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T.M. (2015). Multicultural evidence-based assessment using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for ages 1½-90+. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 13–23. <https://doi.org/10.21500/19002386.1810>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. University of Vermont, Research Centre for Children, Youth and Families.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Albornoz, A. C. G. (2016). Devolução das informações do psicodiagnóstico. In Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Trentini, C. M., & Krug, J. S. (Orgs), *Psicodiagnóstico* (pp. 160–171). Artmed.
- Becker, K. D., Lee, B. R., Daleiden, E. L., Lindsey, M., Brandt, N. E., & Chorpita, B. F. (2013). The Common Elements of Engagement in Children’s Mental Health Services: Which Elements for Which Outcomes? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 30–43. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.814543>
- Bennett, D. S., Power, T. J., Rostain, A. L., & Carr, D. E. (1996). Parent acceptability and feasibility of ADHD interventions: Assessment, correlates, and predictive validity. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(5), 643–657. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/21.5.643>
- Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C. T. V., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Silveiras, E. F. M. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth SelfReport (YSR) and Teacher’s Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 13–28. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100004>
- Chacko, A., Wymbs, B. T., Rajwan, E., Wymbs, F., Feirsen, N. (2017). Characteristics of Parents of Children with ADHD Who Never Attend, Drop Out, and Complete Behavioral Parent Training. *Journal of Child & Family Studies*, 26(3), 950–960. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0618-z>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd edition). Lawrence Erlbaum.
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Resolução N° 09, de 25 de abril de 2018. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga as Resoluções n° 002/2003, n° 006/2004 e n° 005/2012 e Notas Técnicas n° 01/2017 e 02/2017*. Conselho Federal de Psicologia. <https://bit.ly/cfp092018>
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Resolução N° 06, de 29 de março de 2019. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP n° 15/1996, a Resolução CFP n° 07/2003 e a Resolução CFP n° 04/2019*. Conselho Federal de Psicologia. <https://bit.ly/cfp062019>
- Dreyer, A. S., O’Laughlin, L., Moore, J., & Milam, Z. (2010). Parental adherence to clinical recommendations in an ADHD evaluation clinic. *Journal of Clinical Psychology*, 66(10), 1101–1120. <https://doi.org/10.1002/jclp.20718>
- Emerich, D. R., Rocha, M. M., Silveiras, E. F. M. (2011, Junho). *Testagem da estrutura fatorial do Child Behavior Checklist para crianças brasileiras*. Pôster apresentado no V Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica do Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica. <https://bit.ly/resumo-cbclibap2011>
- Gastaud, M. B., Feil, C., Merg, M. G., & Nunes, M. L., T. (2014). Psychological Assessment as a protective factor against treatment dropout in psychoanalytic child psychotherapy of children: empirical data. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(3), 498–503. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427310>
- Geffken, G. R., Keeley, M. L., Kellison, I., Storch, E. A., & Rodrigue, J. R. (2006). Parental adherence to child psychologists’ recommendations from psychological testing. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(5), 499–505. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.37.5.499>
- Girio-Herrera, E., Owens, J. S, & Langberg, J. M. (2013). Perceived barriers to help-seeking among parents of at-risk kindergarteners in rural communities. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(1), 68–77. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.715365>

- Gomes, C. A. V. & Pedrero, J. N. (2015). Queixa Escolar: Encaminhamentos e Atuação Profissional em um Município do Interior Paulista. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1239-1256. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002192013>
- Haan, A. M., Boon, A. E., Jong, J. T. V. M., Hoeve, M., & Vermeiren, R. R. J. M. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 698–711. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.005>
- Howitt, D., & Cramer, D. (2011). *Introduction to research methods in psychology*. Pearson/Prentice Hall.
- Hunsley, J., & Mash, E. J. (2007). Evidence-Based Assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 29–51. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091419>
- Johnston, O. G., Derella, O. J., Gold, M. A., & Burke, J. D. (2020). Preliminary Validation of the Parental Help-Seeking Stage of Change Measure for Child Behavior Problems. *Child & Youth Care Forum*, 49(2), 223–246. <https://doi.org/10.1007/s10566-019-09525-5>
- Kazdin, A. E. (2005). Evidence-Based Assessment for Children and Adolescents: Issues in Measurement Development and Clinical Application. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(3), 548–558. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_10
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M., & Breton, S. (1997). Barriers to Treatment Participation Scale: Evaluation and Validation in the Context of Child Outpatient Treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(8), 1051–1062. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01621.x>
- Kazdin, A. E., & McWhinney, E. (2018). Therapeutic Alliance, Perceived Treatment Barriers, and Therapeutic Change in the Treatment of Children with Conduct Problems. *Journal of Child and Family Studies*, 27(3), 240–252 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0869-3>
- Krug, J., Trentini, C. M., & Bandeira, D. R. (2016). Conceituação de psicodiagnóstico na atualidade. In Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Trentini, C. M., & Krug, J. S. (Orgs), *Psicodiagnóstico* (pp. 16–20). Artmed.
- Lindsey, M. A., Brandt, N. E., Becker, K. D., Lee, B. R., Barth, R. P., Daleiden, E. L., & Chorpita, B. F. (2013). Identifying the Common Elements of Treatment Engagement Interventions in Children’s Mental Health Services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(3), 283–298. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0163-x>
- Lucena-Santos, P., Moraes, J. F., & Oliveira, M. S. (2014). Analysis of the factor structure of syndromes scales of ASR (Adult Self-Report). *Revista Interamericana de psicología/ Interamerican Journal of Psychology*, 48(2), 252-264. <http://hdl.handle.net/10923/9226>
- MacNaughton, K. L., & Rodrigue, J. R. (2001). Predicting adherence to recommendations by parents of clinic-referred children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 262–270. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.262>
- Miller, L. M. Southam-Gerow, M. A., Allin Jr., R. B. (2008). Who Stays in Treatment? Child and Family Predictors of Youth Client Retention in a Public Mental Health Agency. *Child & Youth Care Forum*, 37(4), 153–170. <https://doi.org/10.1007/s10566-008-9058-2>
- Mônego, B. G. (2016). Cuidados técnicos no início do psicodiagnóstico. In Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Trentini, C. M., & Krug, J. S. (Orgs), *Psicodiagnóstico* (pp. 35–44). Artmed.
- Mucka, L. E., Hinrichs, J., Upton, F., Hettterscheidt, L., Kuentzel, J., Bartoi, M., & Barnett, D. (2016). Barriers to Adherence to Child Assessment Recommendations. *Journal of Child and Family Studies*, 26(4), 1029–1039. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0621-4>
- Muniz, M. (2018). Ética na Avaliação Psicológica: Velhas Questões, Novas Reflexões. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(número especial), 133–146. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000209682>
- Nanninga, M., Jansen, D. E. M. C., Kazdin, A. E., Knorth, E. J., & Reijneveld, S. A. (2016). Psychometric properties of the Barriers to Treatment Participation Scale–Expectancies. *Psychological Assessment*, 28(8), 898–907. <https://doi.org/10.1037/pas0000229>
- Pereira, A. I., & Barros, L. (2018) Parental Cognitions and Motivation to Engage in Psychological Interventions: A Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(3), 347–361. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0852-2>
- Poston, J. M., & Hanson, W. E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22(2), 203–212. <https://doi.org/10.1037/a0018679>
- Pires, T. O. (2017). *Validação estrutural da escala de problemas de atenção da Teacher’s Report Form em uma amostra brasileira* (Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro). <http://hdl.handle.net/11422/8331>
- Reppold, C. T. & Hutz, C. S. (2008). Investigação psicodiagnóstica de adolescentes: encaminhamentos, queixas e instrumentos utilizados em clínicas-escolas. *Revista Avaliação Psicológica*, 7(1), 85–91. Recuperado em 08 de novembro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100011-&lng=pt&tlng=pt.
- Rocha, M. M. (2012). *Evidências de validade do “Inventário de Autoavaliação para Adolescentes” (YSR/2011) para a população brasileira* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo). <https://doi.org/10.11606/T.47.2012.tde-12062012-153735>

Scaduto, A. A., Cardoso, L. M., & Heck, V. S. (2019). Modelos Interventivo-Terapêuticos em Avaliação Psicológica: Estado da Arte no Brasil. *Revista Avaliação Psicológica, 18*(1), 67–75. <https://doi.org/10.15689/ap.2019.1801.16543.08>

Scortegagna, P. & Levandowski, D. C. (2004). Análise dos encaminhamentos de crianças com queixa escolar da rede municipal de ensino de Caxias do Sul. *Interações, 9*(18), 127–152. Recuperado em 08 de novembro de 2019, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v9n18/v9n18a08.pdf>

Youngstrom, E. A. (2013). Future Directions in Psychological Assessment: Combining Evidence-Based Medicine Innovations with Psychology's Historical Strengths to Enhance Utility. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42*(1), 139–159. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.736358>

Data de submissão: 02/03/2020
Primeira decisão editorial: 04/09/2020
Aceite em: 04/01/2021