

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Psicologia

Lucas Pimentel Ferreira

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA DE FUNCIONAMENTO
ADAPTATIVO (EFA) NO CONTEXTO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM UM
SERVIÇO ESCOLA**

Porto Alegre

2021

Lucas Pimentel Ferreira

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA DE FUNCIONAMENTO
ADAPTATIVO (EFA) NO CONTEXTO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM UM
SERVIÇO ESCOLA**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito
parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia

Orientadora: Profa. Dra. Denise Ruschel Bandeira

Co-orientadora: Me. Thais Selau

Porto Alegre

2021

Por que há de o homem vangloriar-se de sensibilidades mais amplas do que as que revelam o instinto dos animais? Se nossos impulsos se restringissem à fome, à sede e ao desejo, poderíamos ser quase livres. Somos, porém, impelidos por todos os ventos que sopram, e basta uma palavra ao acaso, um perfume, uma cena, para provocar-nos as mais diversas e inesperadas evocações.

Frankenstein

AGRADECIMENTOS

São tantas pessoas e tão magnífica a ajuda delas ao longo do meu percurso na graduação que é difícil conseguir colocar todos e todas nestas poucas palavras. Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais, que desde o início da minha vida deram todo o incentivo e oportunidade ao estudo, abrindo mão, por diversas vezes, de seus prazeres pessoais para que eu pudesse me manter nesse caminho. Queria agradecer pelas segundas, terceiras e inúmeras chances que me deram frente aos meus tombos na vida. Por todas as vezes que confiaram na minha intuição e, junto de mim, se aventuraram nas inúmeras peripécias e desventuras pelas quais passei e me enfiei. Agradeço ao meu irmão, Eduardo, por alegrar os meus dias e me encher de orgulho. Todas as conversas aleatórias que tínhamos. Por todas as vezes que discutimos e, ainda assim, mantendo um companheirismo inigualável e inabalável.

A minha namorada, Larissa, que foi, sem dúvidas, um dos melhores acontecimentos da minha vida. Todo o seu apoio, amor e conselhos foram fundamentais na minha jornada acadêmica e pela vida como um todo. Por todas as vezes que me ajudou com passagem, alimentação e entretenimento nos momentos mais conturbados deste caminho. Agradeço do fundo do meu coração por ter me tornado um indivíduo melhor e por sempre ter estado ao meu lado. Sou muito grato também aos seus familiares que me apoiaram.

Aos meus amigos do ensino médio que sempre conseguiam colocar um sorriso no meu rosto no final de cada dia que jogávamos e rimos juntos, além, é claro, das vezes também que brigamos. Agradeço também a todos os amigos que formei ao longo do curso. Por todas as vezes que dormíamos na biblioteca depois do almoço, das piadas que contávamos durante as aulas e do suporte que dávamos uns aos outros ao longo de tudo isso.

A toda a equipe do Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS, em especial à Denise Balem Yates, pois foram eles que moldaram o profissional que estou me tornando. Agradeço à minha orientadora Denise Bandeira, não apenas pelo TCC, mas também pelas aulas que me deu e por todos os ensinamentos que me passou. Por último, mas certamente não menos importante, agradeço à minha co-orientadora, Thais Selau por ter me proporcionado toda forma de ajuda e apoio no meu TCC, além das inúmeras conversas e risadas que tivemos.

RESUMO

O funcionamento adaptativo (FA), também chamado de comportamento adaptativo, é a capacidade do indivíduo de lidar e se adaptar às diversas situações apresentadas pelo ambiente. Déficits no FA podem gerar prejuízos no manejo de tarefas do dia-a-dia, além de prejudicar a independência do indivíduo. Eles podem ser observados em diversas condições de saúde, estando geralmente relacionados às deficiências físicas e intelectuais. Dentre as condições que apresentam o déficit, destacam-se os transtornos do neurodesenvolvimento, em especial a Deficiência Intelectual (DI), que o grau de gravidade é diagnosticado a partir da severidade dos déficits do FA. A avaliação do comportamento adaptativo do indivíduo pode ser realizada por questionários, escalas e observações e relatos. No Brasil, uma das formas de realizar a avaliação é por meio da Escala de Funcionamento Adaptativo (EFA), sendo ela uma escala que cobre a faixa etária de 6 a 15 anos e é respondida por algum dos responsáveis do paciente. Durante a produção da EFA, ela foi introduzida em 2018 no Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS (CAP), uma clínica escola responsável pela realização de avaliações psicológicas. Este trabalho teve como objetivo averiguar se houve um aumento significativo no número de diagnósticos de DI, Transtorno de Desatenção/ Hiperatividade (TDAH) e Transtorno do Espectro Autista (TEA) nos pacientes após a implementação da escala na bateria de instrumentos psicológicos do serviço. Sendo analisado também se tiveram outras mudanças no processo avaliativo, tais como no número de sessões, de instrumentos utilizados e de diagnósticos fechados. Teve como amostra 150 pacientes do serviço que foram atendidos entre 2016 e 2019, tendo eles de 7 a 15 anos durante a avaliação. A amostra foi dividida em três grupos, sendo eles: 77 pacientes atendidos entre 2016 e 2017 (G1), 35 pacientes que responderam a EFA e foram atendidos entre 2018 e 2019 (G2) e 35 pacientes que foram atendidos entre 2018 e 2019 (G3). Todos os grupos eram predominantemente compostos por indivíduos do sexo masculino e não foram observadas diferenças significativa entre os grupos relacionado a sexo e idade. Foram realizados o teste de qui-quadrado e ANOVA unidirecional para averiguar a presença de diferenças significativas entre os grupos. Observaram-se aumento significativo no número de diagnósticos recebidos e dos diagnósticos de DI no G2, sugerindo a importância da aplicação do EFA. Houve também diferenças significativas nos diagnósticos de TDAH, TEA e no número de instrumentos utilizados. De tal maneira os resultados sugerem a eficácia da EFA em grupos clínicos, possibilitando maiores chances no fechamento de diagnósticos, além de auxiliar identificar transtornos relacionados com déficits no FA.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1 FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL.....	9
1.2 AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO.....	10
1.3 VALIDADE.....	11
1.4 CENTRO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA.....	12
2. OBJETIVO.....	15
3. METODOLOGIA.....	16
3.1 PARTICIPANTES.....	16
3.2 INSTRUMENTOS.....	19
3.2.1 ESCALA DO FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO.....	19
3.2.2 FICHA DE TRIAGEM.....	19
3.2.3 SISTEMA CAP.....	19
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	20
3.4 ANÁLISE DE DADOS.....	20
4. RESULTADOS.....	21
5. DISCUSSÃO.....	26
6. REFERÊNCIAS.....	29
7. ANEXOS.....	32
ANEXO A: EFA.....	32
ANEXO B: Ficha de Triagem.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Escolaridade dos pais e cuidador(a) principal.....	17
Tabela 2 - Média da renda per capita da família	17
Tabela 3 - Frequência de repetências escolares.....	18
Tabela 4 - Frequência dos profissionais que encaminharam	18
Tabela 5 - Contagem por frequência de diagnósticos fornecidos pela avaliação	22
Tabela 6 - Contagem por frequência dos diagnósticos de DI fornecidos pela avaliação.....	22
Tabela 7 - Contagem por frequência dos diagnósticos de TDAH fornecidos pela avaliação.....	23
Tabela 8 - Contagem por frequência dos diagnósticos de TEA fornecidos pela avaliação	24
Tabela 9 - Análise descritiva do número de procedimentos e encontros realizados.	25
Tabela 10 - Análise de frequência das principais queixas dos pacientes.....	25

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAIDD - American Association on Intellectual and Development Disabilities

AERA - American Educational Research Association

APA - American Psychological Association

CAP - Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DI - Deficiência Intelectual

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EFA - Escala de Funcionamento Adaptativo

FA - Funcionamento Adaptativo

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade

TEA - Transtorno do Espectro Autista

1. INTRODUÇÃO

1.1 FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

O funcionamento adaptativo, também chamado de comportamento adaptativo, segundo a *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD), é caracterizado pelo conjunto de três domínios: conceitual, social e prático. Segundo a quinta edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5:

“ O *domínio conceitual (acadêmico)* envolve competência em termos de memória, linguagem, leitura, escrita, raciocínio matemático, aquisição de conhecimentos práticos, solução de problemas e julgamento em situações novas, entre outros. O *domínio social* envolve percepção de pensamentos, sentimentos e experiências dos outros; empatia; habilidades de comunicação interpessoal; habilidades de amizade; julgamento social; entre outros. O *domínio prático* envolve aprendizagem e autogestão em todos os cenários da vida, inclusive cuidados pessoais, responsabilidades profissionais, controle do dinheiro, recreação, autocontrole comportamental e organização de tarefas escolares e profissionais, entre outros (*American Psychiatric Association* [APA], 2014, p. 37).”

A importância do comportamento adaptativo se baseia na capacidade do indivíduo de lidar e se adaptar a situações apresentadas pelo ambiente. Esta também relacionado à capacidade de funcionar de forma independente e responsável, condizente com o contexto sociocultural e de semelhantes de idade (APA, 2014). Déficits no funcionamento adaptativo estão mais relacionados às deficiências físicas e intelectuais, porém, não seriam restritos apenas para essas condições (Mecca, Dias, Reppold, Muniz, Gomes, Fioravanti-Bastos, Yates, Carreiro & Macedo, 2015). Observa-se alterações no comportamento adaptativo em diversas outras condições, tais como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (Roizen, Blondis, Irwin & Stein, 1994; Stavro, Ettenhofer & Nigg, 2007), síndrome de Rett (Vignoli, La Briola, Giannatiempo, Antonietti, Maggiolini & Canevini, 2010), síndrome de Williams (Mervis, Klein-Tasman & Mastin, 2001; Fisher, Lense & Dykens, 2016), síndrome alcoólica fetal (Carr, Agnihotri & Keightley, 2010), síndrome de Down (Strydom, Dickinson, Shende, Pratico & Walker, 2009) e transtorno do espectro autista – TEA (Hedvall, Fernell, Holm, Åsberg Johnels, Gillberg & Billstedt, 2013).

A deficiência intelectual (DI) é uma das condições que está fortemente relacionado à déficits no funcionamento adaptativo, de modo que no DSM-5 seria um dos critérios diagnósticos essenciais para o seu diagnóstico. Ela é um dos transtornos do neurodesenvolvimento, que são caracterizados, segundo o DSM-5, como um grupo de

condições com início no período do desenvolvimento. Eles geralmente se manifestam antes do ingresso do indivíduo na escola. Os déficits de desenvolvimentos variam de condição a condição, podendo ser limitações muito específicas ou até mesmo globais, gerando comprometimentos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. A DI é caracterizada pelo preenchimento de três critérios diagnósticos, sendo eles a presença de rebaixamento geral das capacidades intelectuais (Critério A), déficits no funcionamento adaptativo (Critério B) e presença dos dois critérios anteriores durante o período de desenvolvimento do indivíduo (Critério C) (APA, 2014).

O critério A refere-se a um rebaixamento geral nas capacidades intelectuais do indivíduo, tais como aprendizagem geral e acadêmica, raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato e juízo. A confirmação de déficits apresentados neste critério pode ser dada por meio de testes de inteligência e avaliação clínica.

O critério B descreve a presença de déficits significativos no funcionamento adaptativo que impossibilitam o indivíduo de alcançar os padrões de desenvolvimento e socioculturais, em relação a independência pessoal e responsabilidade social (APA, 2014). Os déficits devem estar ligados a pelo menos um dos três domínios do funcionamento adaptativo, sendo eles o social, prático e conceitual. Por fim, o critério C dita que os déficits intelectuais e adaptativos devem ter início durante o período do desenvolvimento.

O diagnóstico de DI exige também que seja especificada a gravidade atual do transtorno, podendo ser leve, moderada, grave e profunda. Ela se baseia no nível dos déficits apresentados no funcionamento adaptativo do indivíduo, diferente das versões anteriores do DSM que utilizavam o quociente de inteligência (QI) como parâmetro (APA, 2014). Para isso, se torna necessário algum método de avaliação do comportamento adaptativo (Ferreira & Munster, 2005).

1.2 AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO

Segundo a AAIDD, instrumentos padronizados têm a capacidade de determinar o grau das dificuldades referentes ao funcionamento adaptativo do indivíduo. Os meios mais comumente utilizados para a avaliação do funcionamento adaptativo são entrevistas, questionários, observação direta (Ferreira & Munster, 2005). No contexto internacional, principalmente nos Estados Unidos, observa-se uma maior quantidade de instrumentos para a avaliação do funcionamento adaptativo, tais como a *Vineland adaptive behavior scales* – VABS (Sparrow *et al.*, 2005), *AAMR adaptive behavior scales* – ABS (Lambert, Nihira, & Leland, 1993), *Scales of independent behavior* – SIB-R (Bruininks, Morreau, Gilman, &

Andreson, 1991), *Comprehensive test of adaptive behavior-revised* – CTAB-R (Adams, 1999) e ABAS-II (Harrison & Oakland, 2003). Além disso, atualmente a AAIDD recomenda o uso da *Diagnostic Adaptive Behavior Scale* – DABS (Balboni, Tassé, Schalock, Borthwick-Duffy, Spreat, Thissen, Widaman, Zhang & Navas, 2014). Entretanto, ainda que o campo seja de suma importância, observa-se carência de estudos e instrumentos no contexto brasileiro (Mecca et al, 2015).

A Escala de Funcionamento Adaptativo – EFA (Selau, Silva & Bandeira, 2020a) foi desenvolvida com o intuito de preencher esse vazio no campo. A escala visa a avaliação de crianças com idades entre 6 e 15 anos, pois segundo Selau (2020a, p.10) “A escolha da faixa etária ocorreu em virtude da maior necessidade de instrumentos de avaliação de comportamento adaptativo para crianças e adolescentes em idade escolar, quando a maioria dos diagnósticos de deficiência intelectual são realizados”. O instrumento atualmente apresenta 50 itens que são divididos entre três domínios: conceitual (11 itens), social (15 itens) e prático (24 itens). A divisão se baseia na conceitualização teórica de funcionamento adaptativo utilizada pelo DSM-5. Além disso, a escala é respondida por algum responsável do indivíduo (pais, parentes ou professores) sendo avaliado, ou seja, por meio de heterorrelato.

1.3 VALIDADE

O conceito de validade, segundo os *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA, APA & NCME, 2014), seria o grau em que as interpretações propostas para os resultados de determinado teste são suportados pela teoria e por evidências verificadas a partir de dados de pesquisa. O processo de validação envolve o acúmulo de evidências relevantes para prover um argumento científico para as interpretações de resultados propostos. De forma resumida, “a validade de um instrumento refere-se àquilo que ele mede e a quão bem ele faz isso” (Anastasi & Urbina, 2000).

O *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA et al., 2014) indicam cinco modos de busca de evidências de validade, sendo eles evidências baseadas no conteúdo, na estrutura interna, nas relações com variáveis externas, no processo de resposta e nas consequências da testagem. As evidências baseadas no conteúdo buscam verificar o quão relacionados os itens de dado instrumento estão com o conceito teórico avaliado. Uma das formas de realizar esse processo é por meio de uma análise por juízes, isto é, profissionais e pesquisadores da área com vasto conhecimento no assunto. Esse processo ocorreria logo no início da construção ou adaptação de um instrumento (Hutz, Bandeira & Trentini, 2015).

As evidências baseadas na estrutura interna se baseiam no quanto a relação entre os componentes se enquadram no construto no qual as interpretações dos escores estão baseadas. Ela busca gerar um agrupamento destes componentes individuais em componentes maiores, isto é, por meio de análises, fazer a junção de diversos itens sob um único construto. A análise fatorial é um modo de verificar essa evidência, dada sua capacidade de agrupar diversos itens baseado na correlação entre eles (Figueiredo & Silva, 2010).

Outro modo de encontrar evidências são as baseadas nas relações com variáveis externas que, de forma resumida, se pautam nas relações entre os resultados de um teste com resultados/indicadores externos, tais como os resultados de outro teste ou medidas de desempenhos em tarefas da vida real. É de suma importância uma revisão teórica para a escolha das variáveis externas e correlação entre os construtos do teste com os externos (AERA et al., 2014). Como exemplo de estudo, temos o de Bighetti, Alves e Baptista (2014) que verificou evidências de validade entre um instrumento para a avaliação de depressão e um para a avaliação de personalidade, baseada no modelo dos Cinco Grandes Fatores (Nunes & Hutz, 2002). Devido a revisão da literatura, os pesquisadores constataram que traços de neuroticismo tendem a serem correlacionados com depressão, de forma que pode-se observar esse efeito nas análises.

As evidências baseadas no processo de resposta, assim como o nome indica, estão pautadas nas evidências obtidas por meio do processo de resposta do indivíduo aos estímulos do teste (Hutz et al., 2015). Por fim, as evidências baseadas nas consequências da testagem buscam verificar o impacto dos resultados de um instrumento para um indivíduo ou um sistema.

A Escala de Funcionamento Adaptativo EFA (Selau et al., 2020a), da mesma forma que outros instrumentos psicológicos, passou por um conjunto de procedimentos que buscaram evidências de validade. O estudo passou por análises que buscaram evidências baseadas na estrutura interna, relacionadas à variáveis externas e também na validade de conteúdo (Selau, Silva, Mendonça-Filho & Bandeira, 2020b). De forma geral, o estudo apresentou resultados positivos relacionados não só à validade da escala, como também à fidedignidade dos itens.

1.4 CENTRO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Quando a profissão do psicólogo foi regulamentada no Brasil pela Lei nº 4.119 (1962), foi referido que cada curso de graduação em Psicologia deveria organizar serviços de atendimento para que os alunos pudessem colocar em prática, sob supervisão e orientação

docente, o conhecimento teórico recebido ao longo do curso. Os serviços de atendimento, chamados de clínica-escola, tem como objetivo primordial “possibilitar um espaço adequado à formação profissionalizante, assim como consolidar e articular as competências centrais desenvolvidas nas graduações em psicologia” (Borsa, Oliveira, Yates & Bandeira, 2013). Ademais, os serviços prestam serviço à comunidade, oferecendo atendimento gratuito ou de baixo custo para a comunidade.

A avaliação psicológica, também chamada de psicodiagnóstico, pode ser descrita como um conjunto de procedimentos (entrevistas, observações, testes, escalas) que têm como objetivo “coletar dados para testar hipóteses clínicas, produzir diagnósticos, descrever o funcionamento de indivíduos ou grupos e fazer previsões sobre comportamentos ou desempenho em situações específicas” (Hutz, 2009, p. 298). Esse processo surge de uma demanda, isto é, uma pergunta que leva ao planejamento e construção dos atendimentos numa busca de explicações do fenômeno causador.

O Centro de Avaliação Psicológica (CAP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é um serviço escola especializado em avaliações e diagnósticos psicológicos. O serviço tem como público famílias de baixa renda, além de servidores da UFRGS e seus dependentes. Por ser uma clínica-escola, ele tem como objetivo o apoio e promoção de atividades de ensino, pesquisa e extensão nas diferentes áreas da Avaliação Psicológica. O atendimento no serviço é realizado por alunos da graduação, da especialização, do mestrado e do doutorado do Instituto de Psicologia da UFRGS, além de extensionistas. O CAP faz parte do Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Atenção à Saúde (CIPAS), também vinculado à UFRGS, que integra diversos serviços dos cursos de Psicologia, Fonoaudiologia e Serviço Social.

A coordenação do CAP é realizada pela profissional técnica Dra. Denise Balem Yates e pela professora do Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade Dra. Denise Ruschel Bandeira. Além disso, o serviço conta com uma equipe de supervisores, estagiários, bolsistas e recebe apoio também de uma equipe administrativa. A equipe de supervisores é responsável pela supervisão de casos de estagiários, oferecendo aporte prático e teórico, e é formada por alunos de Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS. A equipe de estagiários conta com extensionistas e alunos da graduação e realizam os processos avaliativos dos pacientes. A equipe de bolsista conta com a modalidade de iniciação científica (auxílio e condução de pesquisas) e de extensão (apoio logístico e de divulgação científica do serviço). A equipe administrativa, composta por alunos da universidade, é responsável pelo controle do espaço físico e organização da agenda.

O ingresso de pacientes no serviço ocorre por meio de busca espontânea ou de encaminhamentos realizados por outros profissionais da saúde e/ou educação, em ambas situações são aceitos aqueles pacientes em que há uma compreensão de uma demanda de avaliação psicológica. Além disso, é necessário que sejam cumpridos os critérios de entrada, sendo eles, (a) questões financeiras que impossibilitam a busca e custeamento de profissionais ou (b) ter algum vínculo com a UFRGS (servidores, alunos, terceirizados e dependentes). Esse processo, geralmente, ocorre no início de cada semestre letivo da universidade, tendo também um determinado número de vagas para que, idealmente, todos os pacientes possam ser atendidos.

A seleção dos pacientes é realizada por uma entrevista de triagem, que busca uma breve compreensão dos casos, junto de uma averiguação da demanda e cumprimento dos critérios de entrada. Essa etapa é realizada por estagiários e conta com a participação dos responsáveis do paciente ou dele mesmo, caso seja maior de idade. Durante a triagem, é explicado também ao paciente/responsável(is) o funcionamento do serviço escola e solicitada, caso seja de aceite dos entrevistados, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que consta a autorização do uso de dados para o desenvolvimento de pesquisas e estudos. Após a realização da entrevista de triagem, o paciente entra numa lista de espera para que possa aguardar a avaliação em si. Os estagiários recebem os casos e começam o processo avaliativo, junto do aporte dos supervisores. Por meio das supervisões semanais é orientado aos responsáveis pelo caso as informações necessárias, seja por meio de entrevistas, ligações, aplicação de instrumentos, questionários, escalas e outros materiais disponíveis.

Ainda que diverso, pode-se observar um perfil na clientela do CAP, sendo a grande maioria composta por crianças e adolescentes. Em um estudo sobre o perfil de pacientes no serviço escola (Borsa, Segabinazi, Stenert, Yates & Bandeira, 2013) foi relatado que maioria dos pacientes são do sexo masculino e chegam ao serviço com a queixa de dificuldades de aprendizagem. Ademais, muitos pacientes chegam por encaminhamento de terceiro, sendo que cerca de 72,9% desses encaminhamentos foram realizados por profissionais da medicina (Borsa et. al, 2013). Como observado, boa parte dos pacientes foram atendidos previamente por algum profissional (não apenas da área médica, como também outros profissionais da saúde e educação). Porém, ainda assim foi requisitada a avaliação psicológica para sanar dúvidas ou auxiliar no processo diagnóstico, sugerindo que talvez esses pacientes tenham questões sintomáticas e comportamentais atípicas ou ambíguas.

Com o término do processo avaliativo e com uma plena compreensão do caso, ocorrem as entrevistas devolutivas e os devidos encaminhamentos. As entrevistas são

realizadas com o paciente e/ou seus responsáveis e têm como objetivo a entrega e explicação, por meio da psicoeducação, dos resultados obtidos ao longo do processo avaliativo e, caso haja, sobre o diagnóstico(s) concluído(s). Ainda na devolução, é repassado uma lista de encaminhamentos pensados no quadro geral do paciente, levando em conta questões como diagnóstico recebido, local de residência e questões socioeconômicas.

Parte das informações levantadas ao longo da avaliação são registradas pelos profissionais e estagiários responsáveis pelo caso nos três formulários eletrônicos (F1, F2 e F3). O primeiro formulário (F1) compreende questões sociodemográficas e dados gerais do paciente, devendo ser preenchido logo após a realização da triagem. O segundo formulário (F2) é respondido após o término da avaliação. Além disso, ele é subdividido entre dois, sendo o F2a (procedimentos realizados) e o F2b (diagnósticos, suspeitas e indicações terapêuticas). O último formulário (F3) é preenchido três meses após o término da avaliação e tem a utilidade de verificar se os encaminhamentos solicitados pelo avaliador foram seguidos e, caso não, quais seriam os motivos. As informações relacionadas aos formulários ficam armazenadas em um banco de dados em que apenas a psicóloga e o(a) bolsista de iniciação científica do CAP teriam acesso.

O armazenamento das informações dos casos avaliados no CAP em um banco de dados oferece a oportunidade de estabelecer um perfil da clientela do serviço. Os dados facilitam também a produção de pesquisas variadas em cima desse público (citar algumas das pesquisas feitas no CAP). Ademais, por conter pacientes de diversos anos, se torna possível a comparação entre períodos de tempo, buscando assim verificar se houveram alterações no processo avaliativo e no perfil de pacientes.

2. OBJETIVO

Baseando-se na recente implementação da EFA (Selau et al., 2020a) no CAP em 2018, este trabalho tem como objetivo averiguar se houve um aumento significativo no número de diagnósticos de Deficiência Intelectual, Transtorno de Desatenção/ Hiperatividade e Transtorno do Espectro Autista nos pacientes após a implementação da escala na bateria de instrumentos psicológicos do serviço. Por fim, será analisado também se tiveram outras mudanças no processo avaliativo, tais como no número de sessões, de instrumentos utilizados e de diagnósticos fechados. Nesse sentido, este trabalho busca investigar evidências de validade baseada na relação com variáveis externas para com a EFA (Selau et al., 2020a).

3. METODOLOGIA

3.1 PARTICIPANTES

O trabalho teve como amostra 150 pacientes que foram previamente avaliados no Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS. Todos os responsáveis dos participantes autorizaram o uso dos dados levantados durante a avaliação psicológica por meio do TCLE assinado no início do processo avaliativo. Dentre os critérios para a seleção de casos está a idade dos participantes ser a mesma abrangida pela EFA, de 6 a 15 anos (Selau et al., 2020a). Entretanto, no período da aplicação da escala nos pacientes do CAP, foi utilizada a faixa etária anterior, isto é, de 7 a 15 anos. O período em que ocorreu o processo avaliativo também foi utilizado como critério, contendo pacientes de 2016 a 2019.

A amostra, para fins de comparação, foi dividida em três grupos, sendo eles G1, G2 e G3. O G1 foi composto por pacientes que não responderam a EFA (Selau et al., 2020a) e foram atendidos nos anos de 2016 e 2017, tendo $n=77$. Os grupos G2 e G3 foram formados por pacientes atendidos entre 2018 e 2019, porém, no G2 constariam os casos que tiveram a aplicação da EFA (Selau et al., 2020a) durante o processo avaliativo. O G2 teve 35 participantes, enquanto que o G3 teve 38. A média de idade do G1 foi igual a 10,36 (DP = 2,2), do G2 foi igual a 10,71 (DP = 2,257) e do G3 foi 10,21 (DP = 2,373). Os grupos G1 e G3 serviram como grupos controle, possibilitando a análise das mudanças ofertadas pela implementação do EFA (Selau et al., 2020a) no serviço, aqui representado pelo G2. Todos os grupos foram compostos predominantemente por crianças/adolescentes do sexo masculino (G1 = 66,2%; G2 = 65,7%; G3 = 65,8%). Não foram observadas diferenças significativas na idade e sexo dos grupos, conforme analisado pelos testes ANOVA (média de idade) e Qui-quadrado (distribuição de sexo entre grupos).

Em relação a características sociodemográficas dos grupos, foi analisada a relação de escolaridade dos pais, cuidador(a) principal do paciente e renda per capita da família. Foi observado que em todos os grupos o maior percentual de escolaridade dos pais foi o Ensino Médio. Referente ao cuidador(a) principal do paciente, a mãe biológica foi apontada de forma majoritária nos três grupos (G1 = 63,6%; G2 = 54,3%; G3 = 68,4%). Por fim, notou-se que a média per capita dos grupos foi maior no G3 (Média = 641,67; DP = 502,42), seguido pelo G2 (Média = 519,28; DP = 351,26) e G1 (Média = 484,31; DP = 367,31). A tabela 1 apresenta de forma detalhada a escolaridade dos pais e o(a) cuidador(a) principal, enquanto que a tabela 2 mostra maiores dados sobre a renda per capita familiar.

Tabela 1 - Escolaridade dos pais e cuidador(a) principal.

	G1		G2		G3	
	F	%	F	%	F	%
Escolaridade da mãe						
Sem escolaridade	2	2,6	2	5,7	0	0,0
Ensino pré-escolar	1	1,3	0	0,0	1	2,6
Ensino Fundamental I	9	11,7	5	14,3	2	5,3
Ensino Fundamental II	27	35,1	13	37,1	6	15,8
Ensino Médio	29	37,7	13	37,1	18	47,4
Ensino Superior	7	9,1	0	0,0	6	15,8
Pós-Graduação	0	0,0	2	5,7	4	10,5
<i>Omissos</i>	2	2,6	0	0,0	1	2,6
Escolaridade do pai						
Sem escolaridade	1	1,3	2	5,7	1	2,6
Ensino pré-escolar	2	2,6	0	0,0	0	0,0
Ensino Fundamental I	16	20,8	8	22,9	5	13,2
Ensino Fundamental II	18	23,4	8	22,9	6	15,8
Ensino Médio	27	35,1	15	42,9	17	44,7
Ensino Superior	7	9,1	0	0,0	4	10,5
Pós-Graduação	0	0	0	0,0	0	0,0
<i>Omissos</i>	6	7,8	2	5,7	5	13,2
Cuidador(a) principal						
Mãe biológica	49	63,6	19	54,3	26	68,4
Pai biológico	4	5,2	1	2,9	1	2,6
Ambos pais biológicos	17	22,1	10	28,6	9	23,7
Mãe adotiva	1	1,3	0	0,0	1	2,6
Pai adotivo	0	0,0	1	2,9	0	0,0
Ambos pais adotivos	1	1,3	0	0,0	0	0,0
Avós	4	5,2	3	8,6	1	2,6
Outros	1	1,3	1	2,9	0	0,0
<i>Omissos</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tabela 2 - Média da renda per capita da família.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
G1	92,00	2500,00	484,31	367,31

G2	100,00	1680,00	519,28	351,26
G3	107,50	2500,00	641,67	502,42

Foi analisado se o paciente teve repetência escolar. Nos três grupos, conforme observado na tabela 3, houve percentuais semelhantes (G1 = 41,6%; G2 = 42,9%; G3 = 42,1%). Por fim, foi analisada a profissão do profissional que encaminhou o indivíduo (tabela 4), sendo que em todos os grupos encaminhamentos por neurologistas teve o maior percentual (G1 = 39%; G2 = 25,7%; G3 = 23,7%).

Tabela 3 - Frequência de repetências escolares.

	G1		G2		G3	
	F	%	F	%	F	%
Não	44	57,1	20	57,1	22	57,9
Sim	32	41,6	15	42,9	16	42,1
<i>Omisso</i>	1	1,3	0	0,0	0	0,0

Tabela 4 - Frequência dos profissionais que encaminharam.

	G1		G2		G3	
	F	%	F	%	F	%
Psicólogo	9	11,7	1	2,9	7	18,4
Psiquiatra	4	5,2	8	22,9	5	13,2
Neurologista	30	39,0	9	25,7	9	23,7
Médico outra especialidade	2	2,6	1	2,9	0	0,0
Fonoaudiólogo	8	10,4	5	14,3	3	7,9
Pedagogo	4	5,2	0	0,0	2	5,3
Psicopedagogo	6	7,8	3	8,6	3	7,9
Assistente social	1	1,3	1	2,9	0	0,0

Professor	2	2,6	3	8,6	5	13,2
Outro	5	6,5	2	5,7	2	5,3
<i>Omissos</i>	6	7,8	2	5,7	2	5,3

3.2 INSTRUMENTOS

3.2.1 ESCALA DO FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO (*Anexo A*)

A EFA avalia o funcionamento adaptativo de crianças e adolescentes com idades entre 6 e 15 anos. Ela é composta por 50 itens divididos em três domínios: conceitual (11 itens), social (15 itens) e prático (24 itens). O domínio conceitual contempla a competência do indivíduo frente a conhecimentos acadêmicos e resolução de problemas. O domínio social compreende a competência individual frente a relações sociais e percepção acerca do outro. Por fim, o domínio prático contempla a capacidade de autogestão e aprendizagem em diversos contextos (Selau et al., 2020a). Todas as alternativas de resposta dos itens estão organizadas em uma escala do tipo *likert* de três pontos (1 - Sim; 2 - Só com ajuda; 3 - Não). Nos casos em que o respondente não tenha observado a situação proposta em algum dos itens, existe a opção “não sei” para que possa ser escolhida.

3.2.2 FICHA DE TRIAGEM (*Anexo B*)

As fichas de triagem do CAP são divididas em dois modelos, um para adultos e outro para crianças e adolescentes. Pelo critério de idade deste estudo, foram utilizadas apenas as de crianças e adolescentes. A ficha é composta pelos dados gerais do pacientes e responsáveis, tais como nome, idade, sexo, escolaridade, endereço, dentro outros. Ademais, nela também contém a descrição da queixa principal do paciente, questões relacionadas ao encaminhamento (dados do profissional que encaminhou, avaliações psicológicas prévias e diagnósticos recebidos) e perguntas adicionais (uso de medicação, drogas e se o paciente apresenta alguma dificuldade visual/auditiva/física).

3.2.3 SISTEMA CAP

O sistema CAP é o site em que os profissionais e estagiários do serviço registram os dados obtidos dos casos atendidos. O registro é realizado por meio de quatro formulários: Formulário 1 - Dados (F1), Formulário 2a - Técnicas (F2a), Formulário 2b - Conclusões (F2b)

e o Formulário 3 - Follow-up (F3). O F1 contém todos os dados obtidos na entrevista de triagem, conforme mencionado na ficha de triagem. O F2a compreende todos os instrumentos e técnicas utilizados ao longo do processo avaliativo. No F2b constam informações relacionadas à devolução, conclusões da avaliação (diagnóstico/suspeitas levantadas) e encaminhamentos solicitados. O F3 é respondido após 3 meses do término da avaliação, contém as informações relacionadas aos encaminhamentos. Todos os dados oriundos do sistema são passados para um banco de dados, que tem como intuito o auxílio na produção de pesquisas. No presente trabalho foram utilizados os dados oriundos dos formulários F1, F2a e F2b.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes desta pesquisa foram atendidos pelo CAP e estiveram de acordo com o uso dos dados obtidos a partir da sua avaliação, sendo os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLEs) apresentados nas entrevistas iniciais e devidamente assinados pelos cuidadores dos pacientes. O projeto está registrado na Plataforma Brasil pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 06289912.9.0000.5334.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados utilizados para o estudo são oriundos do banco de dados do CAP. Visando facilitar o processo de análise, foram selecionados apenas os casos e variáveis desejados e transcritos no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences versão 26 (SPSS).

Referente ao percentual de diagnósticos confirmados, a variável tinha como resposta os valores “Não” e “Sim”. Foi verificada a existência de diferença significativa entre os grupos por meio do teste qui-quadrado de Pearson. Foi optado o teste pelo fato dos dados serem categóricos e por permitir a comparação de um determinado conjunto de frequências observadas com outros conjuntos (Dancey & Reidy, 2013), isto é, comparar a frequência de respostas da variável entre os três grupos (G1, G2 e G3). Ademais, foi realizado o V de Cramér com o intuito de observar a força da associação entre as variáveis.

Para a análise da frequência dos diagnósticos de DI, TDAH e TEA foi necessária a conversão das diferentes respostas de cada variável para os padrões “Não” e “Sim”. As respostas para a variável de DI eram “Não recebeu este diagnóstico”, “Deficiência Intelectual Leve”, “Deficiência Intelectual Moderada”, “Deficiência Intelectual Grave”, “Deficiência

Intelectual Profunda” e “Deficiência Intelectual, gravidade não especificada”. As respostas para TDAH eram “Não recebeu este diagnóstico”, “TDAH, tipo combinado”, “TDAH, tipo predominantemente desatento”, “TDAH, tipo predominantemente hiperativo”, “Outro TDAH especificado” e “TDAH não especificado”. Por fim, as de TEA eram “Não recebeu este diagnóstico” e “TEA”. Todas as respostas que indicavam a ausência de determinado diagnóstico foram transformadas em “Não”, enquanto que as que indicavam foram transformadas em “Sim”. Foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson e o V de Cramér para a análise.

Para a análise do número de instrumentos utilizados para cada paciente foram utilizados os valores numéricos previamente utilizados no banco de dados CAP. Cada instrumento contém uma variável própria, indicando se houve ou não a utilização dele, tendo possibilidade de resposta “0”, “1” e “999”, representando não, sim e *missing*, respectivamente. Para facilitar a transformação, os valores “999” foram removidos. O cálculo do número total de instrumentos foi feito por meio da linguagem de programação SPSS *syntax*, própria do software SPSS. O valor total de cada paciente foi computado em uma variável única. Com esse valor, foi realizada uma comparação entre os três grupos (G1, G2 e G3) por meio de uma ANOVA Unidirecional. Foi utilizado este teste pois possibilitou avaliar as diferenças de uma variável dependente do nível de escala, nesse caso o número de instrumentos, por uma variável nominal com duas ou mais categorias, os grupos (Dancey & Reidy, 2013). A análise do número total de encontros foi realizada da mesma forma.

Por fim, foram realizadas análises de frequência das principais queixas de chegada dos pacientes, com o intuito de observar o quão semelhante os grupos seriam. As queixas, conforme mencionado previamente, são adquiridas logo no início do processo avaliativo no CAP. Além disso, é possível a presença de mais de uma queixa apontada como principal por paciente. No banco de dados elas podem ser classificadas como “dificuldades de aprendizagem/baixo rendimento escolar”, “humor deprimido”, “ansiedade”, “desatenção”, “hiperatividade/ agitação”, “delírios/ alucinações”, “dificuldades em habilidades sociais”, “agressividade”, “problemas de conduta”, “problemas neurodesenvolvimentais”, “problemas de memória” e “outro”.

4. RESULTADOS

A análise do número de diagnósticos fornecidos pela avaliação demonstrou um maior percentual de diagnósticos recebidos no G2 (grupo em que foi aplicado a EFA), com 77,1% dos casos (tabela 5). O teste qui-quadrado relacionando o número de diagnósticos entre os

grupos apontou significância assintótica na análise de qui-quadrado de Pearson, com sig.< 0,05. Observou-se valor significativo na associação entre as variáveis (1) diagnósticos fornecidos e (2) grupos pelo V de Cramér, tendo como valor 0,258, sugerindo uma associação moderadamente forte.

Tabela 5 - Contagem por frequência de diagnósticos fornecidos pela avaliação

		G1		G2		G3	
		F	%	F	%	F	%
Não	Contagem	39	50,6	7	20,0	14	36,8
	Resíduos ajustados	2,8	-	-2,8	-	-0,5	-
Sim	Contagem	36	46,8	27	77,1	23	60,5
	Resíduos ajustados	-2,8	-	2,8	-	0,5	-
<i>Omissos</i>	Contagem	2	2,6	1	2,9	1	2,6

* Teste qui-quadrado de Pearson demonstrou sig. = 0,008

** Teste V de Cramer com valor de associação de 0,258

Referente às análises do número de diagnósticos de DI, TDAH e TEA, observou-se diferenças nos resultados. O G2 apresentou um maior percentual de diagnósticos de DI, com 40% dos casos, quando comparado com o G1 e o G3, com 16,9% e 7,9%, respectivamente (tabela 6). Semelhante ao número de diagnósticos recebidos, houve diferença significativa entre os grupos no teste qui-quadrado, com sig.<0,05 no qui-quadrado de Pearson. O V de Cramér apresentou associação moderadamente forte (0,297) entre as variáveis (1) DI e (2) grupos, sendo quase considerada uma associação forte, que demanda um valor maior que 0,300 e menor que 0,350.

Tabela 6 - Contagem por frequência dos diagnósticos de DI fornecidos pela avaliação.

		G1		G2		G3	
		F	%	F	%	F	%

Não	Contagem	62	80,5	20	57,1	34	89,5
	Resíduos ajustados	1,0	-	-3,4	-	2,2	-
Sim	Contagem	13	16,9	14	40,0	3	7,9
	Resíduos ajustados	-1,0	-	3,4	-	-2,2	-
<i>Omissos</i>	Contagem	2	2,6	1	2,9	1	2,6

* Teste qui-quadrado de Pearson demonstrou sig. = 0,002

** Teste V de Cramer com valor de associação de 0,297

A análise da frequência de diagnósticos de TDAH fornecidos pela avaliação apontou um maior percentual de casos observados no G3 (36,8%), seguido do G2 (22,9%) e do G1 (10,4%), conforme a tabela 7. A diferença entre os percentuais foi significativa na análise de qui-quadrado de Pearson, com sig.<0,05. A associação entre as variáveis (1) TDAH e (2) grupos pelo V de Cramér foi moderadamente forte, com valor de 0,280.

Tabela 7 - Contagem por frequência dos diagnósticos de TDAH fornecidos pela avaliação.

		G1		G2		G3	
		F	%	F	%	F	%
Não	Contagem	67	87,0	26	74,3	23	60,5
	Resíduos ajustados	3,0	-	-0,5	-	-3,0	-
Sim	Contagem	8	10,4	8	22,9	14	36,8
	Resíduos ajustados	-3,0	-	0,5	-	3,0	-
<i>Omissos</i>	Contagem	2	2,6	1	2,9	1	2,6

* Teste qui-quadrado de Pearson demonstrou sig. = 0,003

** Teste V de Cramer com valor de associação de 0,280

Referente ao número de diagnósticos de TEA fornecidos pela avaliação, observou-se um maior percentual no G2 (14,3% dos casos), acompanhado pelo G3 (13,2%) e, com o menor percentual, o G1 (6,2%), conforme apontado na tabela 8. Houve diferença significativa entre os grupos, tendo sig.<0,05 na análise de qui-quadrado de Pearson. A força da associação por meio do V de Cramér foi menor se comparado com as análises anteriores, porém, foi significativa ainda assim, com valor de 0,208, apontando uma associação moderada entre as variáveis (1) TEA e (2) grupos.

Tabela 8 - Contagem por frequência dos diagnósticos de TEA fornecidos pela avaliação.

		G1		G2		G3	
		F	%	F	%	F	%
Não	Contagem	73	94,8	29	82,9	32	84,2
	Resíduos ajustados	2,5	-	-1,6	-	-1,4	-
Sim	Contagem	2	2,6	5	14,3	5	13,2
	Resíduos ajustados	-2,5	-	1,6	-	1,4	-
<i>Omissos</i>	Contagem	2	2,6	1	2,9	1	2,6

* Teste qui-quadrado de Pearson demonstrou sig. = 0,042

** Teste V de Cramer com valor de associação de 0,208

Os grupos tiveram médias diferentes do número de instrumentos utilizados durante a avaliação, tendo G2 ($\bar{x} = 10,543$, $dp = 3,697$) o maior valor médio que o G1 ($\bar{x} = 9,013$, $dp = 3,164$) e o G3 ($\bar{x} = 10,158$, $dp = 3,267$). A ANOVA Unidirecional apontou diferença significativa entre os grupos, com sig.<0,05 (tabela 9). A comparação das médias do número de encontros realizados durante a avaliação mostrou um valor médio maior no G1 ($\bar{x} = 8,750$, $dp = 2,357$), seguido pelo G3 ($\bar{x} = 8,474$, $dp = 1,520$) e pelo G2 ($\bar{x} = 8,182$, $dp = 1,722$). A ANOVA Unidirecional não apontou diferenças significativas entre os grupos, tendo sig.= 0,410 (tabela 9).

Tabela 9 - Análise descritiva do número de procedimentos e encontros realizados.

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP	Variância
Número de procedimentos*						
G1	77	1	18	9,013	3,164	10,013
G2	35	1	20	10,543	3,697	13,667
G3	38	1	19	10,158	3,267	10,677
Número de encontros**						
G1	64	0	13	8,750	2,357	5,556
G2	33	4	12	8,182	1,520	2,966
G3	38	5	13	8,474	1,722	2,310

* Análise ANOVA com valor significativo e sig. = 0,047.

** Análise ANOVA sem valor significativo e sig. = 0,410.

Referente à análise de frequência das principais queixas apresentadas pelos pacientes, foram observadas semelhanças entre os grupos. Nos três grupos a queixa com maior frequência foi a de dificuldades de aprendizagem/baixo rendimento escolar (G1 = 87%. G2 = 94,3% e G3 = 84,2%), seguido pela de desatenção (G1 = 44,2%, G2 = 51,4% e G3 = 55,3%). As demais queixas apresentaram diferenças hierárquicas entre os grupos.

Tabela 10 - Análise de frequência das principais queixas dos pacientes.

	G1 (n= 77)		G2 (n= 35)		G3 (n= 38)	
	F	%	F	%	F	%
Dificuldades de aprendizagem/baixo rendimento escolar	67	87	33	94,3	32	84,2
Humor deprimido	5	6,5	0	0,0	5	13,2
Ansiedade	12	15,6	6	17,1	10	26,3
Desatenção	34	44,2	18	51,4	21	55,3

Hiperatividade/ agitação	18	23,4	11	31,4	13	34,2
Delírios/ Alucinações	0	0,0	2	5,7	0	0,0
Dificuldades em habilidades sociais	16	20,8	10	28,6	10	26,3
Agressividade	21	27,3	4	11,4	9	23,7
Problemas de conduta	9	11,7	6	17,1	5	13,2
Problemas neurodesenvolvimentais	11	14,3	7	20,0	7	18,4
Problemas de memória	10	13,0	4	11,4	3	7,9
Outro	5	6,5	5	14,3	4	10,5

5. DISCUSSÃO

O presente trabalho buscou averiguar a existência de mudanças no número de diagnósticos fornecidos pelo CAP com a implementação do EFA (Selau et al., 2020a) no serviço em 2018. Junto do recebimento do diagnóstico de forma geral, analisou-se também o número de diagnósticos de DI, TDAH e TEA. Foram utilizados pacientes atendidos no período de 2016 a 2017 (G1) e 2018 a 2019 (G3) como grupos controle e pacientes que responderam a EFA (G2) como grupo experimental. Para fins de comparação, foi analisada a distribuição dos participantes de cada grupo por idade e sexo. Os três grupos não demonstraram diferenças significativas em ambas análises. Esse resultado indicou semelhança entre os grupos, favorecendo os resultados do trabalho.

Observou-se diferença significativa no percentual de diagnósticos recebidos durante a avaliação (ver tabelas 8 e 9). Dos pacientes de 7 a 15 anos atendidos no período de 2016 a 2017 (G1), 46,8% deles receberam pelo menos um diagnóstico no término da avaliação. Já os pacientes, de mesma faixa etária, que foram atendidos entre 2018 a 2019 (G3) tiveram um percentual maior de diagnósticos (60,5%). O percentual foi maior ainda no grupo com pacientes que responderam a EFA (G2), alcançando 77,1% dos casos. Quando observados os resíduos ajustados entre os grupos, notou-se a forte discrepância entre o G2 e o G3, tendo o G2 o valor de 2,8. Esse valor representaria a magnitude do efeito da introdução do EFA no

aumento de diagnósticos recebidos no término da avaliação, em especial quando comparado com o G1.

Houve também diferença significativa no número de diagnósticos de DI fornecidos pela avaliação entre os grupos (ver tabelas 10 a 13). No G1, 16,9% dos casos receberam algum diagnóstico relacionado a DI, isto é, algum dos diagnósticos englobados pelos grupos F70 a F79 da Classificação Internacional de Doenças: CID-10 (OMS, 1996). Os grupos G2 e G3 apresentaram o diagnóstico em 40,0% e 7,9% dos casos, respectivamente. Quando observados os resíduos ajustados, notou-se maior impacto no G2, com valor de 3,4, fortalecendo a ideia da eficácia do uso da EFA nos casos de DI. A associação entre as variáveis (1) DI e (2) grupos foi moderadamente forte, sugerindo o impacto significativo da utilização do EFA, visto que a cada 10 casos, 4 foram diagnosticados com DI.

As análises do número de diagnósticos de TDAH e TEA apresentaram diferenças significativas entre os grupos. Os resultados referentes ao TDAH apontaram um percentual maior no G3 (36,8%), seguido pelo G2 (22,9%) e pelo G1 (10,4%). Já os resultados referentes ao TEA seguiram o padrão de maior percentual no G2, porém, em menor escala, estando presente em 14,3% dos casos do G2, 13,2% do G3 e 2,6% do G1. Tais resultados podem estar relacionados a popularização e conscientização sobre ambos transtornos.

Os resultados do número de técnicas utilizadas apontam um leve aumento no G2 e G3). Visto que os pacientes do G2 e G3 foram atendidos no mesmo período de tempo (de 2018 a 2019) e que os valores médios seriam semelhantes, o resultado pode estar relacionado a mudanças do próprio serviço, como novas formas de orientação e mudanças de equipe, por exemplo. Referente ao número de encontros, não foram observadas diferenças significativas. A prevalência das queixas principais apresentadas pelos participantes se mostraram semelhantes entre os grupos, sugerindo novamente um padrão no perfil dos pacientes atendidos.

De forma geral, o presente trabalho demonstrou a eficácia do uso da EFA (Selau et al., 2020a) no meio clínico, auxiliando no rastreamento e fechamento de diagnósticos. A escala se mostrou eficaz especialmente no diagnóstico de Deficiência Intelectual, visto o impacto dos déficits no funcionamento adaptativo ocasionados pelo transtorno (Tassé, Luckasson & Schalock, 2016). Foram observados um maior número de diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista, transtorno também fortemente associado com déficits no FA (Hall & Graff, 2011).

Destacam-se como limitações do estudo a remoção de alguns casos do banco pelo alto número de variáveis faltantes e pela faixa etária proposta pela EFA (Selau et al., 2020a).

Quando foi introduzida no serviço a escala, ela visava o auxílio no diagnóstico de DI, de modo a restringir seu uso em casos sem a suspeita do transtorno. Entretanto, ainda com essas limitações o estudo mostrou resultados positivos no número de diagnósticos de TEA. Além disso, possibilitou um aumento significativo no número de diagnósticos fornecidos, diminuindo, conseqüentemente, os casos em que o profissional responsável não conseguiu associar um transtorno ou condição para os sintomas observados.

Estudos futuros com amostras de outros serviços-escola e com coleta de dados de forma direta permitirão uma redução das limitações, podendo fornecer mais evidências de validade, além de poder analisar a eficácia da escala em outros transtornos.

6. REFERÊNCIA

- Adams, G. L. (1999). *Comprehensive test of adaptive behavior – revised*. Seattle, WA: Education Achievement Systems.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Definition of intellectual disability. Recuperado em setembro, de 2020 de <http://www.aidd.org>.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM V - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5a ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychological Association, American Educational Research Association, & National Council on Measurement in Education [APA, AERA & NCME]. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington: American Educational Research Association.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica. (7a.ed.)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Balboni, G., Tassé, M. J., Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K. F., Zhang, D., & Navas, P. (2014). The diagnostic adaptive behavior scale: evaluating its diagnostic sensitivity and specificity. *Research in developmental disabilities, 35*(11), 2884–2893. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.07.032>.
- Bighetti, Cássia Aparecida, Alves, Gisele Aparecida da Silva, & Baptista, Makilim Nunes. (2014). Escala Baptista de Depressão (EBADEP-A): evidências de validade com o Big Five. *Avaliação Psicológica, 13*(1), 29-36. ISSN: 2175-3431.
- Borsa, J. C., Oliveira, S. E. S., Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (2013). Centro de Avaliação Psicológica - CAP: uma clínica-escola especializada em avaliação e diagnóstico psicológico. *Psicologia Clínica (PUCRJ), 25*, 101-114.
- Borsa, J. C., Segabinazi, Stenert, F., J. D., Yates, D. B. & Bandeira, D. R. (2013). Caracterização da clientela infanto-juvenil de uma clínica-escola de avaliação psicológica. *Psico PUC, 44*(1), 73-81.
- Bruininks, R. H., Morreau, L. E., Gilman, C. J., & Andreson, J. L. (1991). *Adaptive living skills curriculum*. Itasca, IL: Riverside.
- Carr, J. L., Agnihotri, S., & Keightley, M. (2010). Sensory processing and adaptive behavior deficits of children across the fetal alcohol spectrum disorder continuum. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 34*(6), 1022-1032.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia (5a ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Ferreira, E., & Van Munster, M. (2014). Métodos de avaliação do comportamento adaptativo em pessoas com deficiência intelectual: uma revisão de literatura. *Revista Educação Especial, 1*(1), 193-208. doi:<https://doi.org/10.5902/1984686X14339>.
- Figueiredo, D. & Silva, J. J. (2010). Visão além do alcance: Uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública: Junho 2010*. doi: 10.1590/S0104-62762010000100007.

- Fisher, M. H., Lense, M. D., and Dykens, E. M. (2016) Longitudinal trajectories of intellectual and adaptive functioning in adolescents and adults with Williams syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60: 920– 932. doi: 10.1111/jir.12303.
- Harrison, P., & Oakland, T. (2003). *Adaptive behavior assessment system (Abas-II)* (2nd ed.). New York: The Psychological Corporation.
- Hall, H. R., & Graff, J. C. (2011). The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Issues Compr Pediatr Nurs* . 2011;34:4–25.
- Hedvall, Å., Fernell, E., Holm, A., Åsberg Johnels, J., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2013). Autism, processing speed, and adaptive functioning in preschool children. *TheScientificWorldJournal*, 2013, 158263.
- Hutz, C. S. (2009). Ética na avaliação psicológica. In C. S. Hutz (Org.). *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica* (pp. 297- 310). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Trentini, C. M., Silva, J. (2015). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed.
- Lambert, N., Nihira, K., & Leland, H. (1993). *AAMR Adaptive behavior scale – school and community*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Lei nº 4.119, de 27 de Agosto de 1962 (1962). Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Poder Executivo.
- Mecca, Tatiana Pontrelli, Dias, Natália Martins, Reppold, Caroline Tozzi, Muniz, Monalisa, Gomes, Cristiano Mauro Assis, Fioravanti-Bastos, Ana Carolina Monnerat, Yates, Denise Balem, Carreiro, Luiz Renato Rodrigues, & Macedo, Elizeu Coutinho de. (2015). Funcionamento adaptativo: panorama nacional e avaliação com o adaptive behavior assessment system. *Psicologia: teoria e prática*, 17(2), 107-122.
- Mervis, C. B., Klein-Tasman, B. P., & Mastin, M. E. (2001). Adaptive behavior of 4-through 8-year-old children with Williams syndrome. *Journal Information*, 106(1), 82-93.
- Nunes, C. H. S. S. & Hutz, C. S. (2002). O modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade. Em R. Primi (Org.), *Temas em avaliação psicológica* (pp. 40-49). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão*. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
- Roizen, N. J., Blondis, T. A., Irwin, M., & Stein, M. (1994). Adaptive functioning in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 148(11), 1137.
- Selau, T., Silva, M. A., & Bandeira, D. R. (2020). Construção e evidências de validade de conteúdo da Escala de Funcionamento Adaptativo para Deficiência Intelectual EFA-DI. *Avaliação Psicológica*, 19, 106-113. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2020.1903.17952.11>.

- Selau, T., Silva, M. A., Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D.R. (2020). Evidence of validity and reliability of the adaptive functioning scale for intellectual disability (EFA-DI). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 33, Epub Dec, 04 2020, 26. <http://orcid.org/0000-0002-8805-4016>.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland adaptive behavior scales – Vineland II* (2nd ed.). Circle Pines, MN: Pearson.
- Stavro, G., Ettenhofer, M., & NIGG, J. (2007). Executive functions and adaptive functioning in young adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(2), 324-334. doi:10.1017/S1355617707070348.
- Strydom, A., Dickinson, M. J., Shende, S., Pratico, D., & Walker, Z. (2009). Oxidative stress and cognitive ability in adults with Down syndrome. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33(1), 76-80
- Tassé, M.J., Schalock, R. L., Thissen, D. Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S.A., Spreat, S., Widaman, K.F., Zhang, D. & Navas, P. (2016). Development and standardization of the Diagnostic Adaptive Behavior Scale: Application of Item Response Theory to the assessment of adaptive behavior. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*: March 2016, Vol. 121, No. 2, pp. 79-94.
- Vignoli, A., Fabio, R. A., La Briola, F., Giannatiempo, S., Antonietti, A., Maggiolini, S., & Canevini, M. P. (2010). Correlations between neurophysiological, behavioral, and cognitive function in Rett syndrome. *Epilepsy & Behavior*, 17(4), 489-496.

ANEXO A

Escala de Funcionamento Adaptativo para Deficiência Intelectual (EFA-DI)

Abaixo você encontrará frases que descrevem comportamentos e habilidades esperadas de crianças e adolescentes. Responda pensando nos comportamentos de seu filho ou filha. Se você tiver mais do que um filho, fique atento para pensar somente em um deles até o fim do questionário.

Pedimos que você classifique cada afirmação, considerando as seguintes respostas:

Sim para indicar que seu filho(a) faz o que está escrito sem dificuldade e sem ajuda

Só com ajuda para indicar que seu filho(a) faz o que está escrito, porém com ajuda

Não para indicar que seu filho(a) não faz o que está escrito, mesmo com ajuda

Não sei marque essa opção quando não souber responder a afirmação.

Domínio Social				
1. Entende o que as pessoas falam com ele (ex.: instruções, orientações ou pedidos).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
2. Participa de atividades de interesse com crianças/adolescentes (ex.: brincar ou passear).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
3. Entende quando alguém se comunica com gestos (ex.: entende quando alguém faz um gesto de apontar ou de "certo").	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
4. Faz favores simples quando pedido (ex.: pegar um copo de água).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
5. Tem melhor(es) amigo(s).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
6. Sabe se comportar adequadamente em situações sociais (ex.: cumprimentar; dizer obrigado; agradecer um presente).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
7. Quando fala, é compreendido por pessoas que não são da família.	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
8. Entende frases/expressões com sentido diferente do que parece (ex.: guardei você dentro do coração).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
9. Oferece ajuda para as pessoas (ex.: carregar as compras; em alguma tarefa da casa).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
10. Convida pessoas de sua idade para fazer atividades de que gosta.	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
11. Normalmente segue as regras combinadas na família.	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei

Domínio Social (continuação)

12. Age de acordo com o esperado para a idade em momentos de interação (ex.: espera sua vez em jogos ou brincadeiras; em uma conversa sabe o momento de falar e ouvir).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
13. Interessa-se pelo que os outros pensam (ex.: pergunta o que o outro está pensando; pede a opinião de alguém).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
14. Consegue se controlar quando contrariado (não grita ou bate)	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
15. Consegue perceber más intenções das pessoas.	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei

Domínio Prático

1. Assoa a limpa o nariz.	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
2. Coloca o lixo no cesto de lixo.	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
3. Sabe tomar banho.	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
4. Escova os dentes de forma esperada (envolve colocar a pasta na escova, escovar os dentes e enxaguar a boca).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
5. Veste e tira as próprias roupas (inclui roupas com botões e zíperes ou fechos).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
6. Sabe usar aparelhos elétricos de forma segura (ex.: TV; carregador do celular).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
7. Usa o vaso sanitário da forma esperada (envolve se limpar, dar a descarga e lavar as mãos).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
8. Sabe lavar o próprio cabelo.	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
9. Calça o próprio sapato ou tênis (incluindo amarrar cadarço e prender fivela).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
10. Guarda as próprias roupas ou objetos no lugar certo, quando pedido.	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
11. Sabe que é perigoso aceitar carona, comida ou dinheiro de estranhos.	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
12. Escolhe a roupa de acordo com o clima (ex.: escolhe um casaco quando está frio).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
13. Evita situações de perigo (ex.: tem cuidado com coisas quentes; atravessa a rua com cuidado; evita andar perto de carro em movimento na rua).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
14. Faz pequenas tarefas em casa, próprias para sua idade, quando pedido (ex.: arruma a cama; ajuda a lavar ou secar a louça).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei

Domínio Prático (continuação)

15. Usa faca para passar manteiga ou geleia no pão.	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
16. Sabe preparar alimentos (ex.: montar um sanduíche; misturar os ingredientes de uma receita).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
17. Consegue comprar algo sozinho (faz o pedido, dá o dinheiro e espera pelo objeto e troco).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
18. Come com grafo e faca (ou seja, usa a faca para empurrar a comida para o garfo).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
19. Organiza suas atividades de rotina (ex.: faz o dever de casa; guarda seus objetos e brinquedos; organiza o material escolar com antecedência).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
20. Serve a própria comida durante as refeições (ou seja, tira a comida da panela com colher e coloca no prato).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
21. Corta carnes ou outros alimentos em pedaços pequenos.	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
22. Cuida dos próprios ferimentos leves (ex.: coloca band-aid ou limpa arranhões ou pequenos cortes).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
23. Desenvolve estratégias para atingir objetivos (ex.: guarda dinheiro da mesada para comprar um brinquedo ou objeto; estuda para passar na prova).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
24. Sabe o número de telefone de um familiar próximo (ex.: da sua residência; celular dos pais).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei

Domínio Conceitual					
1.	Consegue fazer o dever de casa (tarefa escolar).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
2.	Tem noção de tempo e horários (ex.: sabe horários e dias de ir para a escola; sabe se é manhã ou tarde).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
3.	Consegue entender as regras de um jogo e jogar corretamente.	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
4.	Sabe como agir diante de placas e símbolos (ex.: placa de saída; sinal de trânsito; placa de banheiro).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
5.	Quando perguntado, sabe dizer qual o dia da semana (ex.: diz: hoje é segunda-feira).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
6.	Sabe fazer contas matemáticas de soma e subtração como crianças/adolescentes da sua idade (ex.: contas de mais e de menos).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
7.	Sabe escrever como crianças/adolescentes da sua idade (ou seja, tem habilidades de escrita semelhantes).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
8.	Sabe ler como crianças/adolescentes da sua idade (ou seja, tem habilidades de leitura semelhantes).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
9.	Sabe a diferença de valor entre as moedas (ex.: 5 centavos, 10, 25, 50 e 1 real).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
10.	Sabe escrever com letra cursiva (emendada).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei
11.	Sabe fazer contas matemáticas de multiplicação e divisão como crianças/adolescente da sua idade (ex.: contas de vezes e dividir).	Sim	Só com ajuda	Não	Não sei

ANEXO B



CENTRO INTERDISCIPLINAR DE PESQUISA E ATENÇÃO À SAÚDE
CENTRO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

FICHA DE TRIAGEM Crianças e Adolescentes

Dados do Paciente

Paciente*: _____
Sexo: () F () M Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Triagem realizada com (responsável): _____
CPF (paciente ou responsável): _____
Relação/parentesco com o paciente: _____
Data da realização da triagem: _____
Responsável pela triagem (estagiário): _____

End.: _____ n. _____ Compl. _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Tels.: _____ E-mail: _____

Possui alguma crença/religião? () Não () Sim: _____ Trabalha? () Sim () Não

Raça: () Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela () Sem declaração

Escolaridade (ano em que o paciente se encontra): _____

Repetência () Sim () Não Quantas? _____ Estuda atualmente? () Sim () Não

Alfabetizado? () Sim () Não

Frequenta/ou educação infantil? () Sim () Não Se sim, que ano? _____

Tipo de escola que frequentou no Ensino Básico: () Particular () Pública () Ambas

Anos completos de estudo em ensino básico (s/ contar repetências. Ex.: cursando o 5º ano = 4 anos

completos): _____ Escola: _____

Contato de referência na escola (nome/cargo/telefone): _____

Com quem mora: _____

Pais divorciados? () Sim () Não

Dados da Mãe

Mãe: _____ Idade: _____

Estado Civil: _____ Ocupação/profissão: _____

Local de Trabalho: _____

Escolaridade (considerar anos completos de estudo):

- | | | |
|---|---------------------|----------------|
| () Sem ensino formal | () Ensino médio | () COMPLETO |
| () Ensino pré-escolar | () Ensino superior | () INCOMPLETO |
| () Ensino fundamental I (1ª a 4ª série) | () Pós-graduação | |
| () Ensino fundamental II (5ª a 8ª série) | () Ensino especial | |

*Os itens em negrito se repetem no CBCL

Dados do Pai

Pai: _____ Idade: _____

Estado Civil: _____ Ocupação/profissão: _____

Local de Trabalho: _____

Escolaridade (considerar anos completos de estudo):

- () Sem ensino formal () Ensino médio () COMPLETO
() Ensino pré-escolar () Ensino superior () INCOMPLETO
() Ensino fundamental I (1ª a 4ª série) () Pós-graduação
() Ensino fundamental II (5ª a 8ª série) () Ensino especial

Renda familiar aproximada: _____ n. de pessoas que vivem da renda: _____

	Renda por pessoa	Valor por atendimento	Marque a opção do valor sugerido
Todos	R\$ 0,00 a R\$ 375,00	R\$ 5,00	()
	R\$ 376,00 a R\$ 748,00	R\$ 10,00	()
	R\$ 749,00 a R\$ 1.123,00	R\$ 15,00	()
	R\$ 1.124,00 a R\$ 1.497	R\$ 20,00	()
Vínculo com a UFRGS	R\$ 1.498 a R\$ 1.873,00	R\$ 30,00	()
	R\$ 1.874,00 a R\$ 2.249,00	R\$ 40,00	()
	Acima de R\$ 2.250,00	R\$ 50,00	()

Busca pelo serviço: () espontânea () encaminhamento

Nome: _____ Profissão: _____

Local de trabalho: _____ Telefone: _____

2) Queixa principal (o que te fez procurar o serviço?):

3) Há quanto tempo isso acontece?

4) Já realizou avaliação psicológica antes? () Não () Sim Quando?

5) O paciente já teve algum diagnóstico psicológico/psiquiátrico/neurológico? Qual?

Perguntas adicionais:

6) Faz atualmente uso de alguma medicação de uso contínuo? Qual a dose e a frequência? Há quanto tempo faz uso?

7) No seu conhecimento, ele (a) utiliza alguma droga (cigarro, álcool, maconha, crack, etc)? Com que frequência? Há quanto tempo faz uso?

- 8) Apresenta dificuldade visual? () sim. Qual? _____ () não.
Corrigida? () Sim () Não
- 9) Apresenta dificuldade auditiva? () sim. Qual? _____ () não.
Corrigida? () Sim () Não
- 10) Apresenta dificuldade motora? () sim. Qual? _____ () não.
Corrigida? () Sim () Não

Histórico Familiar:

- 11) Os pais apresentaram dificuldades na escola?

Posse de itens	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2
Subtotal					

Critério Brasil 2015

QUESTIONÁRIO CONTINUA NO VERSO DA FOLHA ->

Grau de instrução do chefe de família (quem contribui mais financeiramente) e acesso a serviços públicos

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 incompleto	0
Primário completo/Ginasial incompleto	Fundamental 1 completo/Fundamental 2 incompleto	1
Ginasial completo/Colegial incompleto	Fundamental 2 completo/Médio incompleto	2

Colegial completo/Superior incompleto	Médio completo/Superior incompleto	4
Superior completo	Superior completo	7
Subtotal		

Serviços públicos	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada (asfaltada)	0	2
Subtotal		

Total:

Assinalar a classe referente à pontuação:

Classe	Pontos	Valor
A	45-100	20.888
B1	38-44	9.254
B2	29-37	4.852
C1	23-28	2.705
C2	17-22	1.625
D-E	0-16	768

PREENCHER AO FINAL

Forma de entrada no serviço:

- () Cadastro
 () Encaminhamento interno. Por qual serviço?

Melhores dias e horários para atendimento:				Observações:
Segunda-feira	()	Manhã (8h/9h/10h/11h)	()	
Terça-feira	()	Tarde (13h/14h/15h/16h/17h)	()	
Quarta-feira	()	Noite (18h/19h)	()	
Quinta-feira	()	<i>Indique 1 horário de preferência e pelo menos 1 horário alternativo.</i>		
Sexta-feira	()			