

## **Associação entre autoavaliação e a análise de informantes sobre sintomas psicopatológicos em uma amostra adulta**

Association between self-assessment and the analysis of informants about psychopathological symptoms in an adult sample

**Andressa Celente de Ávila**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Ipiranga, 6681. Partenon. 90619900 - Porto Alegre, RS – Brasil  
andressacelente@gmail.com,

**Marina Pante**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Rua Ramiro Barcelos, 2600, Santa Cecília, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil.  
marina.pante@gmail.com

**Marina Balem Yates**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Ipiranga, 6681. Partenon. 90619900 - Porto Alegre, RS – Brasil  
marina.yates1@gmail.com

**Dhiordan Cardoso da Silva**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil. Faculdade de Medicina, Campus Saúde. Rua Ramiro Barcelos, 2400 2º andar. Porto Alegre/RS CEP: 90035003.  
dhiordanc@gmail.com

**Daiana Meregalli Schütz, Margareth da Silva Oliveira**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Ipiranga, 6681. Partenon. 90619900 - Porto Alegre, RS – Brasil  
daischutz@gmail.com, marga@puccrs.br

---

**Resumo:** As escalas de autorrelato se caracterizam pela validade ecológica, viabilidade e facilidade de aplicação. Entretanto, as informações podem estar enviesadas devido aos pacientes terem a tendência a minimizar as respostas sendo, portanto, importante considerar a avaliação de informantes. O objetivo deste estudo foi investigar a associação entre a autoavaliação de adultos e a avaliação realizada por informantes quanto a sintomas psicopatológicos. A amostra deste estudo foi composta por 330 adultos com idades entre 18 e 59 anos que responderam a *Adult Self-Report* e 330 informantes preencheram a *Adult Behavior Checklist*. Foram utilizadas análises descritivas e inferenciais. Foi conduzido um Teste *t* para grupos independentes para comparar os resultados das escalas preenchidas pelo respondente e pelo informante. A magnitude das diferenças foi calculada a partir do tamanho do efeito (effect size) pelo *d* de Cohen. Também foi realizada uma análise de Coeficiente de Correlação de Pearson para investigar as associações entre as respostas das escalas. Os resultados deste estudo corroboram com as evidências de que a avaliação de sintomas psicopatológicos entre respondentes e informantes

apresentam diferenças, podendo ser uma vantagem em um processo de avaliação e posterior subsídio para planejamento de tratamento. Conclui-se que, embora as informações oriundas de questionários de autorrelato sejam relevantes, é necessário considerar outras fontes de dados do quadro do sujeito, a fim de tornar o diagnóstico mais acurado.

**Palavras-chave:** autorrelato; avaliação de sintomas; escalas; psicopatologia.

**Abstract:** Self-report scales are characterized by ecological validity, feasibility and ease of application. However, the information might be skewed due to the risks, therefore informants assessment can help. The aim of this study was investigate the relationship between self-report evaluation and the informants assessment to psychopathological symptoms. The sample was composed by 330 adults aged from 18 years to 59 years who responded to an adult self-report and 330 informants filled out an Adult Behavior Checklist. Descriptive and inferential analysis were performed. T-test was conducted for independent groups to compare the results obtained by the respondent and the informant. The size effect was calculated by Cohen's d. Pearson correlation coefficient analysis was performed to investigate the associations between the responses of the scales. The results of this study are corroborated as indicators of psychopathological evaluation between respondents and informants who present differences, which may be an advantage in an assessment process and later help the treatment planning. Information from informants questionnaires are good sources to more accurate diagnosis process.

**Keywords:** self-report; evaluation of symptoms; scales; psychopathology.

---

## Introdução

A psicopatologia é definida como um agrupamento de conhecimentos que se referem ao adoecimento mental do ser humano, sendo uma área do conhecimento que visa ser sistemática, desmistificante e elucidativa. O profissional que trabalha com o diagnóstico psicopatológico não deve fazer uso do julgamento moral, mas buscar na observação a identificação e compreensão dos elementos da doença mental (Dalgalarondo, 2008).

A obtenção de um diagnóstico confiável é imprescindível para a orientação de recomendações de tratamento psicoterapêutico. Além disso, um diagnóstico preciso possibilita o levantamento de taxas de prevalência, possibilitando o planejamento de serviços de saúde mental, identificação de grupos de pacientes para pesquisas básicas e clínicas e a documentação de informações importantes a respeito da saúde pública, como taxas de mortalidade e morbidade. A evolução da compreensão a respeito dos transtornos mentais e seus respectivos tratamentos possibilitou que os profissionais da saúde mental focassem sua atenção para transtornos específicos e as consequências

decorrentes destes transtornos, tanto no que concerne o tratamento quanto à pesquisa (APA, 2014).

A utilização de instrumentos para avaliação de sintomas é um procedimento sistemático de coleta de informações cruciais para a avaliação psicológica. Em geral, os instrumentos são meios padronizados de se obter indicadores comportamentais que irão revelar diferenças individuais nos construtos, traços latentes ou processos mentais subjacentes (Primi, 2010). Os testes são desenvolvidos com base em parâmetros psicométricos que visam a garantir que os instrumentos sejam válidos e confiáveis para medir certos comportamentos humanos (Cunha *et al.*, 2016). Os resultados dos testes podem ser úteis para a avaliação psicológica, à medida que oferecem parâmetros de comparação entre indivíduos ou grupos com características semelhantes em ambientes clínicos e de pesquisa. Os instrumentos psicológicos são sistemáticos e utilizados para coleta de informações, possibilitando diagnósticos e tomadas de decisões quanto ao prognóstico psicológico, para planejamento de tratamentos e intervenções, diminuindo incongruências entre os avaliadores e apresentando evidências de validade e precisão (Reppold e Gurgel, 2015).

O uso de avaliações de autorrelato é importante tanto para a área clínica como para a área de pesquisa, podendo ser utilizadas para quantificar sintomatologia, verificar diagnósticos, examinar características clínicas específicas ou mudanças ao longo do tempo. Estas avaliações podem proporcionar mais facilidade no diagnóstico e plano de tratamento na clínica, entretanto é necessário considerar quais dados estão sendo buscados para definir a escolha do instrumento (Peterson e Mitchell, 2008; Mihura, 2012). Além disso, avaliações de autorrelato são instrumentos importantes por sua validade ecológica, baixo custo e facilidade e rapidez na aplicação (Leathem *et al.*, 1998).

Todavia, os instrumentos de autorrelato apresentam certas limitações, como o fato de que algumas informações obtidas podem não estar de acordo com a realidade, já que alguns pacientes tendem minimizar as respostas sobre seus sintomas com receio de ter que fazer um tratamento forçado (Peterson e Mitchell, 2008). Além disso, o relato

pode ser influenciado pela consciência do indivíduo sobre si mesmo, pela capacidade de codificar e evocar informações relevantes para o diagnóstico, pela capacidade de comparar o seu quadro atual com o pré-morbido e pela disponibilidade em produzir um relato de acordo com as suas reais dificuldades (Leathem *et al.*, 1998; Ciarrochi *et al.*, 2016).

Assim, é relevante associar aos instrumentos de autorrelato escalas preenchidas por informantes, frequentemente utilizadas na clínica e na pesquisa. Crianças e até mesmo adultos com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e idosos com quadros de demência tendem a apresentar consciência reduzida sobre os seus déficits cognitivos e funcionais e, em consequência disso, reportam menos sintomas (Martyr *et al.*, 2014; Zucker *et al.*, 2002). Além disso, são escassos os estudos que incluem os próprios adolescentes diagnosticados com TDAH na condição de informantes, já que a maior parte dos estudos utilizam preferencialmente pais e professores para avaliar padrões de funcionamento comportamental desta população (Power, Watkins, Anastopoulos *et al.*, 2017; Mayfield, Parke, Barchard *et al.*, 2016; Martel, Schimmack, Nikolas, & Nigg, 2015). Ainda, indivíduos com transtornos de personalidade podem não identificar seus sintomas de depressão e ansiedade, sendo mais propensos a ter interpretações exageradas e distorcidas, devido ao reduzido afeto (Beck *et al.*, 2017). Alterações de humor, como depressão, também podem influenciar o autorrelato (Leathem *et al.*, 1998).

Sendo assim, a utilização de escalas de informantes pode contribuir para a validade dos dados, podendo ser, em alguns quadros – como no TDAH e demências – mais importantes que as do paciente (Martyr *et al.*, 2014; Zucker *et al.*, 2002). Considerando as vantagens e desvantagens de instrumentos de autorrelato e instrumentos preenchidos por informantes, Martyr (2014) aponta como uma forma de compensar as limitações e as dissociações entre os dados, um cálculo de discrepância entre as escalas de autorrelato e de informante. Nesse sentido, o estudo de Rescorla *et al.* (2013), buscou verificar a concordância entre responsáveis e adolescentes sobre seus problemas em 25 culturas diferentes, com amostras da população em geral. Os

resultados do estudo indicaram muitas inconsistências entre as avaliações de pais e filhos. Desta forma, corrobora-se a importância de estudos que avaliem a associação entre autorrelato e relato de informantes.

As escalas do sistema ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*), que avaliam sintomas por meio de escalas de autorrelato e/ou de informante, foram desenvolvidas por Achenbach na década de 60 e são utilizadas para verificar os indicativos de transtornos psicopatológicos específicos, bem como o perfil de funcionamento adaptativo e problemas de comportamento. Os instrumentos desenvolvidos vieram ao encontro da necessidade de se ter ferramentas de avaliação psicológica mais completas, e que avaliassem a ampla gama de problemas relatados em crianças, adolescentes e adultos (Achenbach, 2009).

Nos últimos anos, foram publicadas diversas pesquisas (Achenbach *et al.*, 2002; Achenbach *et al.*, 2008; Agrez *et al.*, 2015; Brigidi *et al.*, 2010; Tenneij e Koot, 2007) com os instrumentos do sistema ASEBA, as quais foram realizadas em mais de 80 culturas diferentes. A tradução dos instrumentos, a partir de 2010, foi realizada em mais de 85 línguas, entre elas o Português do Brasil (Achenbach, 2009).

A pesquisadora Edwiges F. de M. Silvaes, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo, tem orientado diversos trabalhos que visam a padronizar os instrumentos da linha ASEBA para a população brasileira (Conselho Federal de Psicologia, 2011). Estes instrumentos já são utilizados na realidade brasileira, principalmente para levantamento de sintomas psicopatológicos em populações clínicas e não clínicas (Sayago *et al.*, 2014; Valverde *et al.*, 2012).

Os eixos analisados por estes instrumentos, bem como a riqueza de detalhes considerados por estes, denotam que a linha ASEBA propicia recursos que contribuem em avaliações psicológicas, revelando, inclusive, dados que podem ser cruzados com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Conselho Federal de Psicologia, 2011). Diante disso, este estudo quantitativo, analítico e transversal, tem como objetivo investigar a associação entre a autoavaliação de adultos e a avaliação realizada por informantes quanto a sintomas psicopatológicos.

## **Método**

### ***Participantes***

A amostra foi constituída de 660 participantes da população geral recrutados por conveniência, sendo 330 adultos que responderam o *Adult Self-Report* (ASR) e 330 informantes que responderam o *Adult Behavior Check List* (ABCL) acerca do adulto. A amostra de adultos que responderam ao ASR possuía idade média de 31,57 anos (DP=12,38; mínimo 18 e máximo 59 anos) e era constituída em sua maioria por pessoas do sexo feminino (57,9%, n=191). Em relação à escolaridade, a amostra apresenta 5,5% (n=18) sem escolaridade, 7% (n=23) Ensino Fundamental, 18,1% (n=60) Ensino Médio, 57% (n=188) Ensino Superior, 7,2% (n=24) Pós-Graduação e 5,1% (n=17) não responderam essa questão.

No que diz respeito ao poder aquisitivo desses adultos de acordo com os Critérios de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2012), 17,2% pertenciam à Classe A, 35,2% à Classe B, 25,55% à Classe C e D e 22,1% não informaram. Os dados sociodemográficos do informante não foram coletados porque o instrumento (ABCL) refere-se apenas ao adulto respondente, sendo identificado somente o tipo de relação entre esses. Na amostra dos informantes, 27,6% (n=91) eram amigos (as), 18,2% (n=60) eram padrasto/madrasta dos adultos, 13,6% (n=45) eram mães/pais, 11,3% (n=37) eram irmãos (as) e filhos(as), 11,2% (n=37) eram esposo(as), 6,1% (n=20) eram outros respondentes, 8,8% (n=29) eram companheiros(as) e namorados(as) e 3,3% (n=11) estavam sem informação.

### ***Instrumentos***

Os instrumentos que foram utilizados neste estudo foram os seguintes:

1) Questionário de dados sociodemográficos – composto por questões para identificação do participante (por exemplo, nome, idade, escolaridade, etc.), além de itens acerca de aspectos socioeconômicos, de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2010).

2) *Adult Self-Report (ASR)* – inventário autoaplicável que faz parte das escalas ASEBA, desenvolvido para adultos de 18 a 59 anos (Achenbach, 2001). O ASR foi validado para a realidade brasileira, com índices de consistência interna que variaram de  $\alpha = 0,70$  a  $\alpha = 0,86$  (Lucena-Santos *et al.*, 2014). Os 126 itens são divididos em seis áreas cada uma com subescalas que avaliam: *Funcionamento Adaptativo e Competências* (exemplo: “Eu me dou bem com meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)”); *Problemas Internalizantes* (exemplo: “Sinto-me sozinho(a)”); *Problemas Externalizantes* (exemplo: “Desrespeito às regras no trabalho ou em outros lugares”); *Total de problemas* (total de problemas internalizantes e externalizantes); *Uso de substâncias* – tabaco, álcool e outras drogas (exemplo: “Bebo demais bebidas alcoólicas ou fico bêbado(a)”); itens críticos (exemplo: “Tenho dificuldade para parar sentado(a)”); síndromes (exemplo: “Sou muito esquecido(a)”); e *Escalas orientadas pelo DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (APA, 2003)* (exemplo: “Tenho dificuldade para me concentrar ou prestar atenção por muito tempo”). A área de funcionamento adaptativo não foi utilizada nas análises, pois não vai ao encontro dos objetivos deste estudo. As alternativas de resposta para cada item são: 0= não é verdadeira; 1= um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira; 2= muito verdadeira ou frequentemente verdadeira. As escalas do instrumento têm pontos de corte que classificam a pontuação em faixa normal, limítrofe ou clínica a partir no score. Os itens devem ser respondidos considerando os últimos seis meses. As subescalas analisadas neste artigo, as quais se referem às seis áreas citadas acima foram: Ansiedade e Depressão; Problemas Somáticos; Problemas de Pensamento; Problemas de Atenção; Comportamento Agressivo; Quebrar regras; Comportamento Intrusivo; Ítems Críticos; Problemas Internalizantes; Problemas Externalizantes; Total de Problemas; Tabaco; Álcool; Drogas; Média do Uso de Substâncias; Depressão (DSM); Problemas de Ansiedade (DSM); Problemas Somáticos (DSM); Personalidade Evitativa (DSM); TDAH (DSM); e Problemas Antissociais (DSM) (Achenbach, 2009; Achenbach, 1991; Achenbach e Rescorla, 2003).

3) *Adult Behavior Check List (ABCL)* – é um inventário autoaplicável do sistema ASEBA desenvolvido para adultos de 18 a 59 anos. A versão original possui evidências de consistência interna que variaram de  $\alpha = 0,67$  a  $\alpha = 0,97$  (Achenbach e Rescorla, 2003). Este instrumento tem as mesmas características de avaliação quantitativa e qualitativa do ASR, porém, os itens de educação e trabalho não estão presentes. Entretanto, o ABCL é preenchido por um informante que conheça o respondente do ASR por no mínimo seis meses (Achenbach, 2001).

### ***Procedimentos de coleta dos dados***

A coleta de dados foi realizada por graduandos do curso de Psicologia de uma universidade privada de cidade de Porto Alegre-RS, em locais públicos com condições físicas adequadas para os participantes responderem aos questionários (por exemplo, em salas de espera no campus da universidade ou locais de espera próximo à Estação Rodoviária da cidade). Todos os participantes que responderam o ASR estavam acompanhados de um informante que pudesse responder ao ABCL e ambos ficaram separados no momento do preenchimento. Na avaliação, primeiramente era respondido o questionário de dados sociodemográficos, e em seguida, o respondente preenchia o ASR. O respondente indicava um participante que lhe conhecesse no mínimo há seis meses para responder o instrumento ABCL. Cada participante levou cerca de 30 minutos para preencher o questionário com dados sociodemográficos e o ASR ou apenas o ABCL.

### ***Procedimentos éticos***

Este projeto está incluído em um projeto maior, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, número de protocolo 09/04941, intitulado “Estudo de evidências do ASR (*Adult Self-Report*) para a população brasileira”. Foram assegurados o sigilo e anonimato dos participantes, e a avaliação só foi realizada após compreensão dos objetivos do projeto, aceite em participar do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).



### ***Procedimentos de análise dos dados***

Para análise dos dados obtidos através da aplicação dos instrumentos ASR e ABCL foi utilizado o software ADM®, desenvolvido por Achenbach (2003), autor dos instrumentos. O software ADM® permite um gerenciamento ágil e uma análise organizada dos dados encontrados através da avaliação com as escalas ASEBA. O ADM® possui módulos de entrada para os dados de cada um dos instrumentos. Após computar os dados no software, o mesmo permite que as informações sejam exportadas para o Excel e deste para o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). O software também possui a opção de emitir gráficos da pontuação do sujeito em cada subescala do instrumento que posteriormente é classificada na faixa normal, limítrofe ou clínica no SPSS (Tabela 1).

**Tabela 1.** Classificação das faixas normal, limítrofe e clínica das escalas dos instrumentos ASR e ABCL  
**Table 1.** Classification of normal, borderline and clinical ranges of ASR and ABCL scales

Escalas	Normal	Limítrofe	Clínica
Problemas Internalizantes	$T = 0 - 59$	$T = 60 - 63$	$T > 63$
Problemas Externalizantes	$T = 0 - 59$	$T = 60 - 63$	$T > 63$
Total de Problemas	$T = 0 - 59$	$T = 60 - 63$	$T > 63$
Uso de Substâncias	$T = 0 - 64$	$T = 65 - 69$	$T > 69$
Itens Críticos	$T = 0 - 64$	$T = 65 - 69$	$T > 69$
Escalas orientadas pelo DSM	$T = 0 - 64$	$T = 65 - 69$	$T > 69$

A análise dos dados foi realizada por meio do software SPSS versão 17.0. Foi utilizada estatística descritiva para caracterização amostral (média, desvio padrão, frequências e percentuais). Posteriormente, foi conduzido um Teste t para grupos independentes para comparar os resultados das escalas preenchidas pelo respondente e pelo informante. A magnitude das diferenças foi calculada a partir do tamanho do efeito (effect size) pelo  $d$  de Cohen, classificando em  $<0,19$  (insignificante),  $0,20 - 0,49$  (pequeno),  $0,50 - 0,79$  (moderado) e  $0,80 - 1,29$  (grande) (Cohen, 1988). Foi também realizada uma análise de Coeficiente de Correlação de Pearson para investigar as associações entre as respostas das escalas ASR e ABCL, considerando correlações fraca ( $r \leq 0,30$ ), moderadas ( $r > 0,30$  e  $\leq 0,60$ ) e elevada ( $r > 0,60$ ).

## Resultados

Nos resultados obtidos no que se refere às médias na maioria das subescalas, observa-se que os respondentes ao preencherem o ASR, reportaram médias maiores que os informantes com o preenchimento do ABCL. Entretanto, isso não ocorreu apenas nas médias das subescalas Tabaco, Álcool, Drogas, e Média do Uso de Substâncias em que os informantes obtiveram médias maiores com o ABCL em comparação aos respondentes.

Através da comparação entre os dois instrumentos com o Teste t para grupos independentes, identificou-se diferenças significativas com  $p \leq 0,001$  nas subescalas: Ansiedade e Depressão; Problemas Somáticos; Problemas de Atenção; Problemas Internalizantes; Álcool; Média do Uso de substâncias; Problemas de Ansiedade (DSM); Problemas Somáticos (DSM); e Personalidade Evitativa (DSM). Nas subescalas Problemas de Pensamento, Comportamento Agressivo, Drogas, Depressão (DSM), TDAH (DSM) e Problemas Antissociais (DSM), foram obtidas diferenças também significativas, mas com  $p \leq 0,05$ . Entretanto, as outras subescalas avaliadas não apresentaram diferenças significativas.

Dentre as subescalas que mostraram diferenças significativas, apenas duas subescalas apresentaram tamanho de efeito grande: Problemas Somáticos (DSM) ( $d=1,01$ ) e Personalidade Evitativa (DSM) ( $d=0,99$ ). Nenhuma subescala teve pontuação com tamanho de efeito moderado (0,50 – 0,79), mas pôde-se identificar tamanho de efeito pequeno (0,20 – 0,49) nas seguintes: Ansiedade e Depressão; Problemas Somáticos; Problemas de Atenção; Problemas Internalizantes; Problemas de Ansiedade (DSM); TDAH (DSM) e Problemas Antissociais (DSM). As outras subescalas restantes apresentaram tamanho de efeito insignificante ( $<0,19$ )

As correlações realizadas através do Coeficiente de Correlação de Pearson mostraram que entre todas as subescalas avaliadas, entre o ASR e ABCL, houve associação moderada apenas em Problemas Externalizantes ( $r=0,35$ ). Já em todas as outras subescalas as associações se mostraram fracas ( $r \leq 0,30$ ).

**Tabela 2.** Escores médios, desvio padrão, nível de significância e classificação dos instrumentos ASR e ABCL

**Table 2.** Mean scores, standard deviation, significance level and classification of ASR and ABCL instruments

Subescalas	Instrumento	M	DP	<i>p</i>	%	Classificação
Ansiedade e Depressão	ASR	58,47	7,52	0,000	82,4	Normal
	ABCL	56,57	6,45		90,9	Normal
Problemas Somáticos	ASR	55,57	7,03	0,000	89,4	Normal
	ABCL	53,88	5,85		94,2	Normal
Problemas de Pensamento	ASR	55,27	7,24	0,005	87,3	Normal
	ABCL	54,02	6,14		95,8	Normal
Problemas de Atenção	ASR	57,04	7,06	0,000	85,8	Normal
	ABCL	55,07	5,84		94,2	Normal
Comportamento Agressivo	ASR	55,71	5,93	0,044	89,7	Normal
	ABCL	54,90	5,85		93,3	Normal
Quebrar Regras	ASR	54,44	5,29	0,802	93,0	Normal
	ABCL	54,36	5,04		95,5	Normal
Comportamento Intrusivo	ASR	54,34	6,04	0,857	90,3	Normal
	ABCL	54,42	6,14		91,2	Normal
Itens Críticos	ASR	55,71	6,46	0,15	86,7	Normal
	ABCL	54,76	5,34		94,2	Normal
Problemas Internalizantes	ASR	56,47	9,49	0,000	64,8	Normal
	ABCL	54,21	8,27		76,7	Normal
Problemas Externalizantes	ASR	56,25	20,13	0,567	64,2	Normal
	ABCL	55,40	26,20		82,7	Normal
Total de Problemas	ASR	53,89	8,70	0,090	76,7	Normal
	ABCL	52,99	6,98		84,8	Normal
Tabaco	ASR	51,37	4,35	0,633	89,9	Normal
	ABCL	52,02	4,81		89,4	Normal
Álcool	ASR	53,09	5,26	0,000	89,1	Normal
	ABCL	55,50	7,52		63,5	Normal
Drogas	ASR	50,57	3,17	0,032	92,1	Normal
	ABCL	51,32	4,62		96,7	Normal
Média do uso de substâncias	ASR	52,04	3,66	0,000	89,4	Normal
	ABCL	53,53	5,25		67,6	Normal
Depressão (DSM-IV-TR)	ASR	55,97	7,03	0,033	83,9	Normal
	ABCL	54,84	5,80		66,7	Normal
Problemas de Ansiedade (DSM)	ASR	60,26	7,22	0,000	71,8	Normal
	ABCL	57,53	6,84		70,9	Normal
Problemas Somáticos (DSM)	ASR	54,97	6,42	0,000	90,0	Normal
	ABCL	34,57	26,15		70,9	Normal
Personalidade Evitativa (DSM)	ASR	55,58	6,93	0,000	88,5	Normal
	ABCL	35,83	27,06		70,0	Normal
TDAH (DSM)	ASR	56,82	7,08	0,024	85,2	Normal
	ABCL	55,22	5,57		43,6	Normal
Problemas Antissociais (DSM)	ASR	55,35	5,71	0,019	91,8	Normal
	ABCL	54,12	4,51		46,1	Normal

## Discussão

Este artigo teve como objetivo investigar a associação entre o autorrelato de respondentes e a avaliação de informantes sobre aspectos psicopatológicos avaliados pelos instrumentos ASR e ABCL. Em relação ao consumo de substâncias, apresentado com as subescalas Tabaco, Álcool, Drogas e Média do Uso de Substâncias, as médias obtidas no ASR tiveram escores menores que no ABCL, com diferença significativa na resposta dos respondentes e informantes, exceto em relação ao Tabaco. Esse resultado sugere que os respondentes podem subestimar a quantidade e frequência com que consomem essas substâncias, com exceção do Tabaco, que apresentou maior concordância entre respondente e informante. Instrumentos de autorrelato podem ter seus resultados influenciados por indivíduos que tentam minimizar seus escores devido ao medo de serem forçados a fazer algum tipo de tratamento (Peterson e Mitchell, 2008).

Nas subescalas Ansiedade e Depressão, Problemas Internalizantes e Problemas de Pensamentos, as quais se referem à resposta sobre sintomas difíceis de serem avaliados por um informante, obtiveram médias maiores nas respostas dos respondentes. Houve diferenças significativas, mas com tamanhos de efeito pequenos e associações fracas entre respondentes e informantes, o que pode ser explicado pela suposição de que os informantes não foram capazes de identificar estes sintomas da mesma forma que os respondentes. Lewis (2014) encontrou resultados semelhantes ao investigar sintomas depressivos e pensamentos suicidas em adolescentes. Neste estudo, foi identificado que as informações dos adolescentes eram mais precisas que as de seus pais, visto que os sintomas depressivos são experiências subjetivas. Entretanto, o autor não desconsidera a importância do relato de informantes (Lewis, 2014). Ainda, a baixa concordância entre informantes pode resultar em dificuldades em planejamentos de intervenções que poderiam ser necessárias, mas não são realizadas pela dificuldade de se obter um diagnóstico preciso devido a discordância das informações (Rocha, Ferrari e Silveiras, 2011).

Um estudo publicado em 2016, avaliou as semelhanças e diferenças nos relatos entre informantes e respondentes em 14 países utilizando o ASR e o ABCL (Rescorla *et al.*, 2016). O Brasil foi um dos países em que as respostas dos informantes foram mais semelhantes às avaliações dos próprios respondentes, corroborando com os achados deste estudo, visto que mesmo que a maioria das subescalas tenham apresentado diferenças significativas, estas se mostram com tamanho de efeito pequeno. Além disso, evidencia a possibilidade de contar com pessoas próximas ao avaliando para colher informações sobre o mesmo.

Uma das subescalas que obteve diferenças significativas entre as respostas de respondentes e informantes com tamanho de efeito grande, foi Personalidade Evitativa, a qual se refere a sintomas relacionados ao DSM IV e indica que por ter uma diferença de grande magnitude, os respondentes e informantes preencheram os instrumentos em discordância. Um estudo que pode contribuir com esse resultado é o de Balsis, Loehle-Conger, Busch, Ungredda e Oltmanns (2018), que comparou o relato sobre sintomas do Transtorno Borderline de Personalidade entre o sujeito com transtorno e um informante. Os achados indicaram também níveis relativamente baixos de concordância entre respondente e informante e que estes últimos puderam relatar os seus sintomas com mais precisão. Os autores discorrem sobre os benefícios de ter a avaliação de um informante como ganhar confiabilidade e melhor previsão de resultados.

Outro resultado relevante é sobre as diferenças entre os Problemas Internalizantes e Externalizantes. Identificou-se que os Problemas Internalizantes obtiveram diferenças significativas, tendo sintomas mais relatados pelos respondentes. Já os Problemas Externalizantes não obtiveram diferenças significativas e as respostas ao ASR e ABCL de correlacionaram fortemente. Esse resultado apresenta coerência com Miller e Lynam (2015), os quais trazem que as escalas de autorrelato são mais acuradas na avaliação de sintomas internalizantes, visto que aspectos como emoções e pensamentos são menos disponíveis à percepção de terceiros. Também segundo McKeeman e Erickson (1997) o informante tem mais facilidade em responder

sobre sua percepção de comportamentos mais observáveis, apresentando em geral, maior concordância entre autorrelato e dados provenientes das informantes.

De forma geral, foram observados tamanhos de efeito pequenos e associações fracas entre a avaliação de sintomas psicopatológicos realizada pelos respondentes e informantes. Esses resultados indicam que, no contexto clínico, embora as informações prestadas pelo paciente e pelos informantes sejam relevantes visto que apresentam diferenças, é necessário considerar outras fontes de dados do quadro do sujeito, a fim de tornar o diagnóstico mais acurado. Desta forma, para além da utilização de informações do respondente, avaliações de múltiplas perspectivas são importantes, podendo-se utilizar observação de comportamento, entrevista semiestruturada, questionários, tarefas ecológicas, bem como informações recebidas através de informantes (Weems *et al.*, 2011; Williams *et al.*, 2014).

## **Conclusão**

Os resultados deste estudo corroboram com as evidências de que a avaliação de sintomas psicopatológicos entre respondentes e informantes apresentam diferenças, mas sobre a maioria dos sintomas sem diferença com efeito grande, podendo ser uma vantagem em um processo de avaliação e posterior subsídio para planejamento de tratamento. Quando se trata de uso de substâncias, o autorrelato do respondente pode ter diferenças quando comparado ao informante, indicando a necessidade de se ter a avaliação de outras pessoas sobre o sujeito. Já sobre o autorrelato de problemas internalizantes e outros que se referem à sintomas mais subjetivos, viu-se que o respondente tem uma propensão a responder com mais acurácia sobre seus sintomas, entretanto quando se trata de problemas externalizantes, mais observáveis à terceiros, a diferença entre respondente e informante diminui e as respostas se mostram fortemente relacionadas.

Como limitações do estudo, apontamos o fato da escala ABCL não coletar dados do informante, bem como o questionário sociodemográfico aplicado nos respondentes do ASR não ter sido utilizado com os informantes, já que estes dados podem estar

relacionados ao tipo de resposta do informante, sendo uma variável interveniente. A escolaridade, por exemplo, é um fator que pode influenciar nas respostas do informante, já que este pode apresentar dificuldade na compreensão dos itens do instrumento, levando a respostas possivelmente equivocadas. Ainda, é importante salientar que diferentes informantes foram recrutados, dentre eles pais/mães, madrastas/padrastos, amigos e outros, o que pode resultar em diferentes aprofundamentos acerca dos conhecimentos em relação ao adulto avaliado, mesmo que todos conhecessem o respondente no mínimo seis meses como é a exigência de preenchimento do ABCL. Também como limitações deste estudo, destacamos o procedimento de coleta de dados não padronizado.

Por fim, sugere-se a aplicação do instrumento em outros estados do Brasil, visando uma avaliação de sintomas mais generalizável, já que o país apresenta diferenças culturais expressivas de acordo com as regiões, o que poderia influenciar os dados. Também, quanto à influência nos resultados, tem-se a possibilidade de desejabilidade social nas respostas dos participantes, assim como a amostra de conveniência. Como sugestão para outros estudos, é indicado a análise dos tipos de relacionamento entre respondente e informante, o que também pode influenciar nas respostas aos itens do ABCL, podendo o informante avaliar mais ou menos sintomas dependendo do tipo de relação e proximidade com o respondente do ASR. Além disso, sugere-se futuros estudos com amostras clínicas para avaliação de sintomas internalizantes.

## Referências

- ACHENBACH, T.M. 2009. *ASEBA: development, findings, theory, and applications*. Burlington, V. T.: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- ACHENBACH, T.M.; BECKER, A.; DÖPFNER, M.; HEIERVANG, E.; ROESSNER, V.; STEINHAUSEN, H. C.; ROTHENBERGER, A. 2008. Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **49**: 251-275.

- ACHENBACH, T.M.; DUMENCI, L.; RESCORLA, L.A. 2002. Ten-year comparisons of problems and competencies for national samples of youth self, parent, and teacher reports. *Journal of emotional and Behavioral disorders*, **10**(4):194-203.
- ACHENBACH, T.M.; RESCORLA, L.A. 2003. *Manual for the ASEBA adult forms & profiles*. Burlington, V. T.: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 216 p.
- ACHENBACH, T.M.; RESCORLA, L.A. 2001. *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, V. T.: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, 238 p.
- ACHENBACH, T.M. 1991. *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, V. T.: University of Vermont, Department of Psychiatry, 211 p.
- AGREZ, U.; METZKE, C.W.; STEINHAUSEN, H.C. 2015. Psychometrische charakteristika der deutschen version des Young Adult Self-Report (YASR). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, **40**:75-84.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). 2003. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed, 880 p.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). 2014. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 992 p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). 2010. *Critério de classificação econômica Brasil: dados com base no levantamento socioeconômico 2010 – IBOPE*.
- BALSIS, S, LOEHLE-CONGER, E, BUSCH, A.J., UNGREDDA, T, OLTMANN, T.F. 2018. Self and informant report across the borderline personality disorder spectrum. *Personality Disorders*, **9**:429-436. doi:10.1037/per0000259. Epub 2017 Aug 31.
- BECK, A.T.; DAVIS, D.D.; FREEMAN, A. 2017. Princípios gerais e técnicas especializadas na terapia cognitiva dos transtornos da personalidade. In: BECK, A.T.; DAVIS, D.D.; FREEMAN, A. *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. Porto Alegre: Artmed, p. 73-90.
- BORDIN, I.A.; ROCHA, M.M.; PAULA, C.S.; TEIXEIRA, M.C.T.V.; ACHENBACH, T. M., RESCORLA, L. A.; SILVARES, E.F.M. 2013. Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública*, **29**(1), 13-28.
- BRIGIDI, B.D.; ACHENBACH, T.M.; DUMENCI, L.; NEWHOUSE, P. A. 2010. Broad spectrum assessment of psychopathology and adaptive functioning with the Older Adult Behavior Checklist: a validation and diagnostic discrimination study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **25**:1177-1185. doi: 10.1002/gps.2459
- CIARROCHI, J.; BROCKMAN, R.; DUGUID, J.; PARKER, P.; SAHDRA, B. & KASHDAN, T. 2016. Measures that make a difference: A functional contextualistic approach to optimizing psychological measurement in clinical research and



- practice. In R. Zettle, S. Hayes, T. Biglan, & D. Barnes-Holmes (Eds.), *Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 320–347). Malden: John Wiley and Sons.
- COHEN, J. 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). 2011. *Ano da avaliação psicológica – textos geradores*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- CUNHA, C.M., de Almeida Neto, O. P., & Stackfleth, R. S. 2016. Principais métodos de avaliação psicométrica da confiabilidade de instrumentos de medida. *Revista de Atenção à Saúde*, **14**: 98-103.
- DALGALARRONDO, P. 2008. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 440 p.
- DUMENCI, L.; ACHENBACH, T. M. 2008. Effects of estimation methods on making trait-level inferences from ordered categorical items for assessing psychopathology. *Psychological Assessment*, **20**: 55–62.
- KESSLER, R.C.; AVENEVOLI, S.; COSTELLO, E.J.; GEORGIADES, K.; GREEN, J.G., GRUBER, M.J.; MERIKANGAS, K.R. 2012. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, **69**: 372-380.
- LEATHEM, J., MURPHY, L.; FLETT, R. 1998. Self- and informant-ratings on the Patient Competency Rating Scale in patients with traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, **20**: 694-705.
- LUCENA-SANTOS, P.; MORAES, J.F.D.; OLIVEIRA, M.S. 2014. Análise da estrutura fatorial das escalas sindrômicas do ASR (*Adult Self-Report*). *Revista Interamericana de Psicología*, **48**: 237-249.
- MARTEL, M. M., SCHIMMACK, U., NIKOLAS, M., & NIGG, J. T. 2015. Integration of symptom ratings from multiple informants in ADHD diagnosis: a psychometric model with clinical utility. *Psychol Assess.*, **27**: 1060-1071.
- MAYFIELD, A. R., PARKE, E. M., BARCHARD, K. A., ZENISEK, R. P., THALER, N. S., ETCOFF, L. M., & ALLEN, D. N. 2016. Equivalence of mother and father ratings of ADHD in children. *Child Neuropsychol.*, **11**: 1-18.
- MARTYR, A.; NELIS, S.; CLARE, L. 2014. Predictors of perceived functional ability in early-stage dementia: self-ratings, informant ratings and discrepancy score. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **29**: 852-862.
- MCKEEMAN, J.; ERICKSON, M. 1997. Self and informant ratings of SCID-II Personality Disorder items for nonreferred college women: effects of item and participant characteristics. *Journal of Clinical Psychology*, **53**: 523-533.
- MILLER, J.; LYNAM, D. 2015. Using self- and informant reports in the assessment personality pathology in clinical settings – an easy and effective 1-2 combination. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **22**: 20-24.
- MIHURA, J. L. 2012. The necessity of multiple test methods in conducting assessments: The role of the Rorschach and self-report. *Psychological Injury and Law*, **5**: 97–106.

- OLIVEIRA, M.S.; LUCENA-SANTOS, P.; BORTOLON, C. 2013. Clientela adulta de serviço psicológico: características clínicas e sociodemográficas. *Psicologia: Teoria e Prática*, **15**: 192-202.
- PETERSON, C.B.; MITCHELL, J.E. 2008. Self-report measures. In: MITCHELL, J.E.; PETERSON, C.B. *Assessment of eating disorders*. New York, NY: The Guilford Publications, p. 98-119.
- POWER, T. J., WATKINS, M. W., ANASTOPOULOS, A. D., REID, R., LAMBERT, M. C., & DUPAUL, G. J. 2017. Multi-Informant Assessment of ADHD Symptom-Related Impairments Among Children and Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol.*, **46**: 661-674.
- PRIMI, R. 2010. Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, **26**: 25-35.
- RESCORLA, L. A., ACHENBACH, T. M., IVANOVA, M. Y., TURNER, L. V, ÁRNADÓTTIR, H., AU, A., ... ZASEPA, E. 2016. Collateral Reports and Cross-Informant Agreement about Adult Psychopathology in 14 Societies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, **38**: 381-397.
- RESCORLA, L.A.; GINZBURG, S.; ACHENBACH, T.M.; IVANOVA, M.Y., ALMQVIST, F.; BEGOVAC, I., BILENBERG, N., BIRD, H., CHAHED, M., DOBREAN, A., DÖPFNER, M., EROL, N., HANNESDOTTIR, H., KANBAYASHI, Y., LAMBERT, M. C., LEUNG, P. W., MINAEI, A., NOVIK, T. S., OH, K. J., PETOT, D., PETOT, J. M., POMALIMA, R., RUDAN, V., SAWYER, M., SIMSEK, Z., STEINHAUSEN, H. C., VALVERDE, J., ENDE J., WEINTRAUB, S., METZKE, C. W., WOLANCZYK, T., ZHANG, E.Y., ZUKAUSKIENE, R., & VERHULST, F.C. 2013. Cross-Informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. *Journal of Clinical Child an Adolescent Psychology*, **42**: 262-273.
- REPPOLD, C.T.; GURGEL, L.G. (2015). O papel do teste na avaliação psicológica. In: HUTZ, C.S.; BANDEIRA, D.R.; TRENTINI, C.M. 2015. *Psicometria*. Porto Alegre, RS: Artmed, p. 147-164.
- ROCHA, M. M., FERRARI, R. A., & SILVARES, E. F. M. 2011. Padrões de concordância entre múltiplos informantes na avaliação dos problemas comportamentais de adolescentes: implicações clínicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, **11**: 948-964.
- SAYAGO, C.B.W.; LUCENA-SANTOS, P.; HORTA, R.L.; OLIVEIRA, M.S. 2014. Perfil clínico e cognitivo de usuários de crack internados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, **27**: 21-28. doi: 10.1590/S0102-79722014000100003
- TENNEIJ, N.H.; KOOT, H.M. 2007. A preliminary investigation into the utility of the Adult Behavior Checklist in the assessment of psychopathology in people with low IQ. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, **20**: 391-400. doi: 10.1111/j.1468-3148.2007.00383.x
- VALVERDE, B.S.C.L.; VITALLE, M.S.S.; SAMPAIO, I.P.C.; SCHOEN, T.H. 2012. Levantamento de problemas comportamentais/emocionais em um ambulatório para adolescentes. *Paidéia*, **22**: 315-323. doi: 10.1590/S0103-863X2012000300003

- WEEMS, C.F.; FEASTER, D.J., HORIGIAN, V.E.; ROBBINS, M.S. 2011. Parent and child agreement on anxiety disorder symptoms using the DISC predictive scales. *Assessment*, **18**: 213-216. doi: 10.1177/10731911110389278
- WILLIAMS, L.R.; FOX, N.A.; LEJUEZ, C.W.; REYNOLDS, E.K.; HENDERSON, H.A.; PEREZ-EDGAR, K.E.; STEINBERG, L.; PINE, D.S. 2010. Early temperament, propensity for risk-taking and adolescent substance-related problems: A prospective multi-method investigation. *Addictive behaviors*, **35**: 1148-1151. doi:10.1016/j.addbeh.2010.07.005
- ZUCKER, M.; MORRIS, M.; INGRAM, S.; MORRIS, R.; BAKEMAN, R. 2002. Concordance of self- and informant ratings of adults' current and childhood attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Psychological Assessment*, **14**: 379-389. doi: 10.1037//1040-3590.14.4.379

Recebido em: 15.10.2018

Aceito em: 03.06.2019