



CATOLICA
FACULDADE DE
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA
PORTO

MONITORIZAÇÃO PSICOTERAPÊUTICA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE PSICOSSOCIAL: AVALIAÇÃO DE TRAJETÓRIAS TERAPÊUTICAS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em Psicologia
- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Beatriz Alves Gonçalves

Porto, julho de 2026



CATOLICA
FACULDADE DE
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA
PORTO

MONITORIZAÇÃO PSICOTERAPÊUTICA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE PSICOSSOCIAL: AVALIAÇÃO DE TRAJETÓRIAS TERAPÊUTICAS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Alexandra Carneiro e Professor Doutor Pedro Dias

Beatriz Alves Gonçalves

Porto, julho de 2026

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu profundo agradecimento aos meus orientadores, Professora Doutora Alexandra Carneiro e Professor Doutor Pedro Dias. Obrigada por todos os momentos de aprendizagem, pela dedicação e pela demonstração da paixão que é trabalhar na área da investigação. Obrigada por me terem apoiado em todos os momentos e por me terem ajudado a esclarecer todas as dúvidas e inquietações que foram surgindo ao longo deste percurso.

Aos meus pais, por serem a minha fonte de inspiração diária e por me terem ensinado a lutar pelos meus sonhos e a nunca desistir, mesmo quando as circunstâncias se tornam difíceis. Nada disto teria sido possível sem o vosso exemplo, amor e apoio incondicional ao longo destes cinco anos. Sou eternamente grata por tudo o que fazem por mim.

Às minhas irmãs, por serem, ao mesmo tempo, as pessoas mais chatas e aquelas que mais alegria me trazem. Obrigada por me chamarem à atenção quando estou errada e por acreditarem sempre em mim. Tenho muito orgulho em ser a vossa irmã mais velha.

Às minhas avós, que sempre compreenderam o quanto este curso era importante para mim e que nunca deixaram de me incentivar a continuar, mesmo quando isso significava não vos poder visitar tantas vezes quanto gostaria. Vocês são um verdadeiro exemplo de coragem, resiliência e força.

Ao meu padrinho e aos meus tios, obrigada por me ouvirem, por me encorajarem e pelo orgulho que demonstram sentir ao verem-me concluir esta etapa tão importante do meu percurso académico.

Ao David, por todos os momentos que partilhámos, por todos os ensinamentos e por todas as vezes em que me ajudaste a parar e a olhar para a vida com mais calma. Obrigada por estares sempre presente. És, e serás sempre, o meu porto seguro e a pessoa a quem sei que posso sempre recorrer.

Às minhas amigas Carol, Inês, Cati, Lu, Mafy, Andreia e Tildinha sou eternamente grata por vos ter na minha vida. Obrigada por me ouvirem durante horas, por acolherem os meus stresses, ansiedades e medos, e por nunca me deixarem sentir sozinha.

Mais uma etapa está concluída, e tenho a certeza de que a próxima será ainda melhor.

Beatriz Alves Gonçalves

Índice

I. Estado de arte.....	1
Eficácia e resultados terapêuticos.....	3
Influência do contexto na evolução terapêutica	5
II. Método.....	7
Amostra	7
Instrumentos	7
Procedimentos de recolha de dados.....	9
Procedimento de análise de dados	10
III. Resultados.....	11
4.1. Problemas emocionais e de comportamento e competências	11
4.2. Padrões de consumo de substâncias e níveis de risco	14
4.3. Análise de atrito: Comparação entre participantes que responderam e não responderam aos diferentes momentos de avaliação (1. ^a a 11. ^a)	16
4.4. Comparação entre informadores no primeiro e no segundo momento de avaliação nos problemas emocionais e de comportamento e de competências.....	16
4.5. Correlação entre o acordo dos informadores na primeira avaliação e na segunda avaliação dos problemas emocionais e de comportamento e de competências.....	16
4.6. Correlação entre o consumo de substâncias e problemas emocionais e de comportamento	19
4.7. RCI: Evolução terapêutica de 20 participantes ao longo de diferentes momentos de avaliação	23
IV. Discussão.....	29
V. Conclusão	35
Referências	37

Índice de tabelas

Tabela 1- <i>Distribuição dos Participantes por Categoria Clínica, Informador e Escala</i>	13
Tabela 2- <i>Prevalência de consumo e níveis de risco</i>	15
Tabela 3- <i>Resultados das Diferenças entre o Primeiro e o Segundo Momento de Avaliação nos problemas emocionais e de comportamento</i>	18
Tabela 4- <i>Resultados da associação entre o acordo entre informadores na primeira avaliação e os problemas emocionais e comportamentais reportados na segunda avaliação</i>	20
Tabela 5- <i>Correlações de Spearman entre o consumo de substâncias psicoativas e a presença de sintomatologia psicopatológica</i>	24

Lista de abreviaturas

ASEBA: *Achenbach System of Empirically Based Assessment*

ASSIST: *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*

BPM: *Brief Problem Monitor*

BPM-P: *Brief Problem Monitor- Parent Form*

BPM-T: *Brief Problem Monitor- Teacher Form*

BPM-Y: *Brief Problem Monitor - Youth Form*

CBCL/6–18: *Child Behavior Checklist for Ages 6-18*

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

MRP: Monitorização de Resultados Psicoterapêuticos

OMS: Organização Mundial de Saúde

RCI: *Reliable Change Index*

TRF/6–18: *Teacher Report Form for Ages 6-18*

WHO: *World Health Organization*

YSR: *Youth Self-Report*

Utilização de AI

Foi utilizada a *Claude* nas secções I, II, III, IV, V para melhorar a coerência e organização do texto, tornar a escrita mais formal e auxiliar na formatação das tabelas segundo as normas APA (7ª edição).

Resumo

O presente estudo tem como principal objetivo analisar a relação entre a sintomatologia e o consumo iniciais e a evolução observada ao longo do processo terapêutico de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial, recorrendo a indicadores sistemáticos de monitorização. No estudo participaram 193 crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, em acompanhamento psicológico num serviço público especializado orientado para a prevenção de comportamentos de risco e dependências. Foi utilizado um protocolo composto pelos instrumentos do sistema ASEBA, pelo *Brief Problem Monitor* e pelo ASSIST, aplicados ao longo do processo terapêutico.

Os principais resultados demonstram que as crianças e adolescentes apresentam níveis elevados de dificuldades emocionais e comportamentais, com maior expressão nas dimensões de internalização e total de problemas. O álcool, o tabaco e a cannabis constituem as substâncias com maior prevalência de consumo entre os jovens. A ausência de viés de atrito reforça a representatividade dos dados recolhidos ao longo do processo. A análise de *Reliable Change Index* revelou trajetórias individuais heterogêneas, com predomínio de estabilidade clínica ao longo dos momentos de avaliação.

Estes resultados sublinham a importância de práticas clínicas sustentadas por monitorização sistemática e multi-informador em contextos de vulnerabilidade psicossocial, sendo necessários estudos adicionais que possam aprofundar a compreensão dos fatores que condicionam a evolução terapêutica nesta população.

Palavras-chave: monitorização psicoterapêutica; internalização; externalização; competências; consumo de substâncias

Abstract

The present study aims to examine the relationship between initial symptomatology and substance use and the therapeutic progress observed throughout the intervention process of children and adolescents living in psychosocial vulnerability, using systematic monitoring indicators. The study included 193 children and young people aged between 6 and 18 years, receiving psychological support in a specialized public service focused on the prevention of risk behaviours and addictions. A protocol composed of the ASEBA system instruments, the Brief Problem Monitor, and the ASSIST was administered throughout the therapeutic process.

The main findings show that children and adolescents present elevated levels of emotional and behavioural difficulties, with greater expression in the internalizing and total problems dimensions. Alcohol, tobacco, and cannabis are the substances with the highest prevalence of use among young people. The absence of attrition bias reinforces the representativeness of the data collected over the course of the intervention. The analysis of the Reliable Change Index revealed heterogeneous individual trajectories, with a predominance of clinical stability across assessment points.

These results highlight the importance of clinical practices supported by systematic and multi-informant monitoring in contexts of psychosocial vulnerability, while underscoring the need for further studies to deepen the understanding of the factors that shape therapeutic outcomes in this population.

Keywords: psychotherapy monitoring; internalizing; externalizing; competencies; substance use

I. Estado de arte

A monitorização de resultados psicoterapêuticos (MRP) tem emergido como uma ferramenta central para o acompanhamento sistemático do progresso clínico e para a otimização das intervenções psicoterapêuticas (Lambert et al., 2018). Inicialmente proposta por Howard et al. (1996), a MRP foi concebida para fornecer dados objetivos sobre o desempenho terapêutico, permitindo identificar precocemente sinais de estagnação ou deterioração e orientar ajustes no plano de intervenção. Ao longo do tempo, a sua aplicação consolidou-se como uma prática recomendada, sobretudo em contextos em que a qualidade e a eficácia dos serviços psicológicos assumem particular relevância (Aafjes-van Doorn & Jong, 2022).

Os benefícios da MRP ultrapassam a mera avaliação de resultados clínicos. Lambert et al. (2018) demonstraram, através de uma meta-análise, com 24 estudos acerca dos efeitos da MRP na psicoterapia, que a monitorização sistemática potencia taxas superiores de melhoria clínica e reduz o abandono terapêutico, ainda que os efeitos médios se situem entre magnitudes pequenas e moderadas. Esta evidência reforça não apenas a eficácia da MRP, mas também a sua capacidade de fortalecer a aliança terapêutica, uma dimensão amplamente reconhecida como determinante para o sucesso psicoterapêutico (Lambert et al., 2018).

Neste enquadramento, Jonášová et al. (2024) apresentam uma meta-análise qualitativa que integra 47 estudos sobre a experiência de psicoterapeutas que utilizam MRP em sessão, contribuindo para clarificar as funções, benefícios e implicações clínicas desta ferramenta. Os autores evidenciam que a MRP desempenha múltiplas funções clínicas que vão além da monitorização de resultados. Uma das funções mais salientes refere-se à obtenção de informação clinicamente relevante: diversos estudos mostram que a MRP permite captar indicadores do estado psicológico atual que, de outro modo, poderiam não emergir espontaneamente na interação terapêutica. Esta informação auxilia a identificação de fatores de risco para psicopatologia, a deteção de discrepâncias entre a autoexpressão verbal do cliente e o seu funcionamento emocional e o desenvolvimento de formulações diagnósticas mais precisas. Paralelamente, a monitorização longitudinal facilita a identificação de trajetórias de mudança (ganhos, estagnação ou deterioração), oferecendo ao terapeuta um mapa sistemático da evolução clínica. Outra área de impacto destacada na meta-análise diz respeito à capacidade da MRP para apoiar a adaptação da intervenção.

Os dados recolhidos constituem um suporte robusto para o planeamento terapêutico, permitindo seleccionar estratégias mais adequadas às necessidades de cada cliente. Ao longo do processo, a informação em tempo real favorece reajustamentos fundamentados, possibilitando a correção de rumos terapêuticos, a deteção de processos ineficazes e a prevenção de falhas iminentes na intervenção (Jonášová et al., 2024). A MRP tem ainda uma função comunicacional, e, a literatura tem vindo a sugerir que a disponibilização de feedback durante as sessões facilita o início de conversas com intencionalidade terapêutica, acelera o aprofundamento de temas relevantes e apoia a abordagem de tópicos emocionalmente difíceis, como deterioração clínica ou fragilidades na aliança terapêutica (Jonášová et al., 2024). Adicionalmente, quando os resultados da MRP divergem da narrativa do cliente, estes constituem pontos de entrada para discussões mais reflexivas e colaborativas. Barkham et al. (2023) acrescentam que a implementação de medidas padronizadas clarifica objetivos, estrutura as sessões e promove consistência na intervenção, particularmente junto de crianças e adolescentes. A aplicação da MRP demonstra também efeitos benéficos ao nível da relação terapêutica. A partilha aberta dos dados tende a fortalecer a colaboração e a reforçar o vínculo, promovendo a participação ativa do cliente no processo de tomada de decisão (Jonášová et al., 2024).

A relevância da MRP em populações vulneráveis, como crianças e adolescentes, tem sido crescentemente documentada. Hautmann et al. (2021) examinam os efeitos da monitorização contínua do progresso e do feedback regular aos terapeutas, e, em alguns casos, também aos jovens e aos seus cuidadores, analisando de que forma este procedimento influencia os resultados clínicos e a qualidade do processo psicoterapêutico. Estes destacam que a MRP contribui para uma compreensão contínua e aprofundada do funcionamento emocional e comportamental dos jovens. Muitos dos sistemas analisados integram medidas multi-informadores, recolhidas junto de jovens, pais e terapeutas, permitindo identificar divergências entre perceções (Hautmann et al., 2021). Esta natureza integrada da informação facilita formulações clínicas mais completas e uma adaptação constante das hipóteses de trabalho, promovendo intervenções mais responsivas às necessidades emergentes.

Apesar dos benefícios, a literatura reconhece alguns desafios, incluindo a resistência de terapeutas à implementação sistemática, a necessidade de formação adequada para a interpretação dos dados e os custos associados à manutenção das medidas (Lambert et al., 2018; Jonášová et al., 2024).

Em síntese, os resultados apresentados por Hautmann et al. (2021) indicam que a MRP constitui uma prática clinicamente útil e promissora na psicoterapia com crianças e jovens. O seu impacto é particularmente evidente em jovens em maior risco psicossocial ou com progressos terapêuticos insuficientes, mas os benefícios estendem-se igualmente ao reforço da comunicação clínica, ao aperfeiçoamento da aliança terapêutica, ao apoio à tomada de decisão e à promoção de uma prática mais reflexiva, responsiva e colaborativa.

Eficácia e resultados terapêuticos

No âmbito das intervenções psicológicas, a eficácia terapêutica pode ser entendida como o grau de mudança clínica significativa alcançada ao longo da intervenção, em comparação com o funcionamento inicial do cliente (Lambert & Shimokawa, 2011). A investigação contemporânea demonstra que as terapias psicológicas e as intervenções psicossociais promovem melhorias tanto em sintomas específicos como em indicadores de sofrimento global. Entre estes incluem-se sintomas físicos somáticos, como dor e fadiga, a regulação da dor e o sofrimento psicológico associado a condições somáticas. Contudo, a magnitude e a consistência dos efeitos variam em função da natureza da intervenção e do tipo de sintoma (Maas genannt BERPohl et al., 2023).

No domínio dos sintomas somáticos funcionais, definidos como manifestações físicas sem patologia médica claramente identificável, várias meta-análises evidenciam o contributo das terapias baseadas em *mindfulness* e aceitação. Maas genannt BERPohl et al. (2023) demonstraram que as terapias de “terceira geração” produzem um efeito global moderado na redução da gravidade dos sintomas, quando comparadas com condições de controlo. Estes resultados reforçam a noção de que intervenções psicológicas podem aliviar sintomas físicos funcionais, mesmo na ausência de um diagnóstico médico que os explique diretamente.

Paralelamente, a eficácia da psicoterapia estende-se aos sintomas afetivos emocionais em populações com doenças somáticas comórbidas. A meta-análise de Miguel et al. (2023) identificou que as intervenções psicoterapêuticas produzem reduções estatisticamente significativas dos sintomas depressivos em pessoas com perturbações somáticas comórbidas. Embora os tamanhos do efeito sejam modestos, revelam benefícios clinicamente relevantes e consistentes. Estes resultados reforçam a pertinência de integrar indicadores emocionais e de saúde mental como desfechos centrais na investigação e na prática clínica dirigida a populações com doença física crónica.

Quando implementadas em contextos variados (e.g., escolas, clínicas comunitárias e serviços de ambulatório) as intervenções psicológicas mantêm níveis de eficácia semelhantes. A revisão sistemática e meta-análise de Wuthrich et al. (2023), com 45 estudos, verificou reduções significativas dos sintomas de ansiedade e depressão em jovens com sintomatologia de internalização, com tamanhos de efeito entre pequenos e moderados, dependendo do informador (autorrelato, pais ou avaliador independente). Estes resultados demonstram que a psicoterapia produz benefícios tangíveis mesmo fora de cenários controlados de ensaio clínico.

No que respeita à manutenção dos ganhos terapêuticos, Duagi et al. (2024) investigou intervenções psicossociais com seguimentos de um, dezoito e vinte e quatro meses. Os resultados indicaram reduções pequenas, mas estatisticamente significativas, dos sintomas depressivos até dois anos após a intervenção, com efeitos mais consistentes quando estas eram conduzidas por profissionais de saúde mental experientes. No entanto, para sintomas de ansiedade, os efeitos prolongados revelaram-se menos consistentes, sugerindo que a durabilidade da mudança depende do tipo de intervenção, das condições de vida e da continuidade do acompanhamento.

Por fim, estudos longitudinais reforçam que as trajetórias de mudança variam consoante a gravidade e a natureza das dificuldades iniciais. No estudo *SMART* (Lorentzen et al., 2022), realizado com adolescentes com perturbações emocionais diversas, observou-se que melhorias mais rápidas ocorrem nos primeiros meses em casos de ansiedade e depressão, enquanto perturbações de comportamento ou trauma complexo apresentam progressos mais lentos e irregulares. Estas diferenças sugerem que a psicopatologia de base influencia não apenas a magnitude da mudança clínica, mas também o ritmo e a estabilidade dos ganhos.

De facto, a investigação contemporânea demonstra que as intervenções psicológicas produzem melhorias clinicamente significativas em diferentes contextos, populações e formatos, incluindo sintomas somáticos funcionais, ansiedade, depressão e sofrimento emocional associado a doenças físicas. Os efeitos tendem a ser pequenos a moderados, mas consistentes, com manutenção dos ganhos em vários estudos até dois anos após a intervenção. A magnitude e o ritmo da mudança variam conforme o tipo de sintoma, a complexidade clínica e o contexto de implementação, evidenciando que a psicoterapia é eficaz, adaptável e capaz de gerar benefícios duradouros, embora influenciada por fatores individuais e contextuais.

Influência do contexto na evolução terapêutica

O contexto habitacional e socioeconómico em que um indivíduo se insere constitui um fator determinante no processo terapêutico psicológico, modulando tanto a gravidade inicial dos sintomas como a resposta às intervenções. Evidências recentes demonstram que pessoas residentes em zonas marcadas por privação socioeconómica, instabilidade social ou ausência de coesão comunitária apresentam maior vulnerabilidade psicossocial e padrões sintomáticos mais intensos, o que pode limitar a eficácia da psicoterapia (Delgadillo & Richardson, 2025; Christens et al., 2025). Estudos longitudinais indicam que viver em contextos de risco influencia diretamente o progresso terapêutico, sendo frequentemente necessária uma maior duração ou intensidade das intervenções para alcançar benefícios clínicos significativos. Em perturbações relacionadas com trauma, por exemplo, observa-se uma resposta terapêutica mais lenta e menos consistente; contudo, intervenções prolongadas podem atenuar parcialmente estes efeitos adversos (Delgadillo & Richardson, 2025).

Para além dos efeitos diretos, os contextos de risco exercem também uma influência indireta sobre a eficácia da intervenção, sobretudo através da diminuição do sentido de comunidade e da fragilidade das redes de apoio social. A ausência de coesão comunitária e de suporte social aumenta o sofrimento psicológico, reduz a adesão à intervenção e compromete o envolvimento do indivíduo no processo terapêutico (Finegan et al., 2019). Estes mecanismos evidenciam que a eficácia da psicoterapia não depende exclusivamente das técnicas utilizadas, mas resulta da interação entre fatores contextuais, socioeconómicos e habitacionais, bem como das estratégias terapêuticas implementadas.

A investigação de Pollmann et al. (2025) sobre as experiências adversas em adolescentes, fornece um enquadramento teórico particularmente relevante para a compreensão destas diferenças. Os autores demonstram que a exposição a experiências adversas na adolescência, como negligência, abuso ou violência comunitária, está fortemente associada a dificuldades na regulação emocional, no ajustamento social e no desenvolvimento de perturbações de internalização. Estas experiências influenciam diretamente a resposta terapêutica, uma vez que a vulnerabilidade psicossocial condiciona a capacidade de envolvimento e de mudança ao longo do processo.

Para além disso, o consumo de substâncias entre crianças e adolescentes está fortemente associado ao desenvolvimento e agravamento de perturbações mentais, funcionando tanto como fator de risco para o seu surgimento como potenciador de sintomas preexistentes. A evidência científica indica que o uso precoce e frequente de

substâncias psicoativas, em especial a cannabis, se correlaciona com um risco acrescido de depressão, ansiedade, ideação e comportamentos suicidários na idade adulta. Adicionalmente, a elevada taxa de comorbilidade entre perturbações mentais e consumo de substâncias tende a agravar o prognóstico clínico e a dificultar as intervenções terapêuticas nesta população. Estes dados reforçam a necessidade de estratégias preventivas e de intervenções integradas, capazes de abordar de forma simultânea os aspetos psicológicos e comportamentais associados ao uso de substâncias (Gobbi et al., 2019).

Deste modo, torna-se evidente a importância de uma abordagem baseada em monitorização contínua e análise longitudinal, que permita compreender as trajetórias de evolução em função da psicopatologia, considerando simultaneamente o contexto de vida. Tal como referem Aafjes-van Doorn e de Jong (2022), a monitorização sistemática oferece uma oportunidade única para investigar os mecanismos de mudança terapêutica, possibilitando observar padrões de progresso e ajustar a intervenção em tempo real. Esta perspetiva é particularmente relevante em populações mais jovens, nas quais as variações no desenvolvimento socioemocional e cognitivo podem influenciar significativamente os resultados terapêuticos (Steele & Elgie, 2023).

Apesar dos avanços recentes, persistem lacunas importantes na literatura científica. São escassos os estudos que comparam, de forma sistemática, a eficácia terapêutica entre diferentes psicopatologias sob um mesmo protocolo de intervenção e recorrendo a medidas de monitorização padronizadas (Schaeuffele et al., 2024). Verifica-se igualmente uma insuficiência de estudos longitudinais que analisem a manutenção dos ganhos terapêuticos a médio e longo prazo, especialmente em contextos de vulnerabilidade psicossocial (Pollmann et al., 2025).

Neste sentido, a presente investigação propõe-se colmatar parte dessas lacunas, avaliando as diferenças na eficácia terapêutica em função das dificuldades iniciais de crianças e adolescentes em contextos de vulnerabilidade psicossocial. Através da utilização de instrumentos de monitorização de resultados, pretende-se compreender se a gravidade e o tipo de dificuldade influenciam a trajetória terapêutica e a magnitude da mudança observada ao longo do acompanhamento. Este estudo visa, assim, contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre a eficácia psicoterapêutica em contextos de risco, oferecendo evidência científica que apoie a implementação de práticas clínicas mais ajustadas e personalizadas à realidade portuguesa.

II. Método

Tendo em conta que o objetivo geral deste estudo é analisar a relação entre os sintomas iniciais apresentados e a evolução observada ao longo do processo terapêutico, recorrendo a indicadores sistemáticos de monitorização, os objetivos específicos são: 1) Caracterizar a psicopatologia inicial apresentada por crianças e adolescentes em contexto de vulnerabilidade psicossocial; 2) Identificar os padrões de consumo de substâncias apresentados por crianças e adolescentes em contexto de vulnerabilidade psicossocial; 3) Comparar os participantes que completaram as primeiras três avaliações (1ª, 7ª e 11ª sessão) com aqueles que apresentaram dados incompletos ao longo do estudo; 4) Explorar a relação entre a existência de psicopatologia e o consumo de substâncias psicoativas; 5) Examinar as trajetórias de evolução terapêutica ao longo do tempo no que se refere a problemas emocionais e de comportamento e de competências; 6) Explorar a relação entre os sintomas iniciais e os resultados terapêuticos nos três primeiros momentos de avaliação.

Amostra

A amostra integrou um total de 193 crianças e adolescentes em acompanhamento psicológico num serviço público de intervenção especializada orientado para a prevenção e redução de comportamentos de risco associados a comportamentos aditivos, bem como para o reforço de competências pessoais e promoção de estilos de vida saudáveis. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos ($M = 13.48$; $DP = 2.91$). Relativamente à distribuição por sexo, 106 participantes eram do sexo masculino (54.9%) e 87 do sexo feminino (45.1%). No que respeita ao percurso escolar, 75 participantes (52.1%) referiram ter ficado retidos pelo menos uma vez, enquanto 69 participantes (47.9%) indicaram nunca ter repetido um ano letivo.

Instrumentos

O consumo de substâncias foi avaliado através do *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) e adaptado para o português europeu por Mostardinha et al. (2019). Este instrumento permite identificar padrões de consumo (baixo, moderado e elevado risco) de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, nomeadamente cannabis, cocaína, estimulantes do tipo anfetamínico, sedativos, alucinogéneos, inalantes, opioides e outras drogas. O instrumento avalia três domínios principais: envolvimento específico com cada substância, envolvimento global com substâncias e sinais de dependência ou abuso. Cada substância é avaliada através de oito perguntas que abordam

seis áreas: consumo ao longo da vida, consumo nos últimos três meses, problemas associados ao consumo, risco atual de problemas futuros, potencial de dependência e consumo intravenoso. Resultados mais elevados indicam, portanto, maior envolvimento com substâncias e maior risco de problemas associados.

A versão portuguesa de Portugal apresenta boas qualidades psicométricas, nomeadamente boa fiabilidade interna, validade de construto adequada e consistência com as normas internacionais do ASSIST, garantindo uma avaliação fidedigna do risco de consumo de substâncias em diferentes contextos clínicos (Mostardinha et al., 2019).

Os problemas emocionais e de comportamento e competências foram avaliados através de três instrumentos pertencentes ao *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA): o *Child Behavior Checklist for Ages 6–18* (CBCL/6–18), respondido pelos pais ou cuidadores; o *Teacher Report Form for Ages 6–18* (TRF/6–18), respondido pelos professores; e o *Youth Self-Report* (YSR), respondido pelos participantes com idade igual ou superior a 11 anos (Rescorla, 2005; Achenbach et al., 2016).

Os questionários produzem resultados em escalas empíricas (ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, quebra de regras sociais (comportamento delinquente) e comportamento agressivo), bem como escalas orientadas para o DSM 5 (problemas depressivos, problemas de ansiedade, problemas somáticos, problemas de défice de atenção/hiperatividade, problemas de oposição e problemas de conduta). Os questionários permitem ainda obter resultados agregados nas dimensões de internalização, externalização e total de problemas.

As escalas de resposta variam entre 0 = “Não é verdadeiro”, 1 = “De alguma forma ou algumas vezes verdadeiro” e 2 = “Muito verdadeiro ou muitas vezes verdadeiro”. Resultados mais elevados correspondem a maior presença de dificuldades emocionais e de comportamento (Achenbach et al., 2016).

Todos os questionários ASEBA, apresentam na versão portuguesa níveis elevados de consistência interna entre .78 e .90, nas escalas de internalização e externalização, bem como boa estabilidade temporal. Demonstram ainda validade de construto adequada, evidenciada pela capacidade de discriminação entre grupos clínicos e não clínicos, e validade convergente com outras medidas de psicopatologia infantil (Achenbach et al., 2016).

A monitorização de resultados psicoterapêuticos foi realizada através do *Brief Problem Monitor* (BPM) (Achenbach et al., 2016), instrumento breve derivado do sistema ASEBA, concebido especificamente para a monitorização de problemas emocionais e de comportamento em contexto clínico, educativo e comunitário, nas versões para pais, professores e jovens.

O BPM é constituído por 19 itens, respondidos numa escala tipo *Likert* de três pontos (0 = não é verdadeiro; 1 = um pouco verdadeiro; 2 = muito verdadeiro), reportando a presença de problemas emocionais e de comportamento nas últimas semanas. Os itens organizam-se em três dimensões principais: internalização, externalização e problemas de atenção, permitindo uma avaliação breve, mas clinicamente relevante, do funcionamento psicossocial da criança ou adolescente. Para além destas escalas principais, o BPM fornece ainda um índice global de problemas, permitindo uma leitura sumária do nível geral de dificuldades comportamentais e emocionais (Achenbach et al., 2016).

Do ponto de vista psicométrico, o BPM apresenta consistência interna adequada a boa nas diferentes versões, com valores de fiabilidade geralmente aceitáveis para instrumentos de rastreio breve, particularmente nas escalas de internalização e externalização. Evidencia igualmente validade convergente robusta com instrumentos mais extensos do sistema ASEBA, como o CBCL/6–18, TRF/6–18 e YSR, demonstrando elevadas correlações com as respetivas dimensões equivalentes. Adicionalmente, apresenta validade de critério adequada, permitindo discriminar entre níveis de funcionamento normativo e clínico (Dias et al., 2014).

Uma das suas principais vantagens psicométricas prende-se com a elevada sensibilidade à mudança (*responsiveness*), sendo particularmente útil na monitorização da evolução clínica ao longo do processo terapêutico. Esta característica permite detetar variações subtis na sintomatologia entre momentos de avaliação sucessivos, tornando-o um instrumento especialmente adequado para contextos de intervenção psicológica breve, acompanhamento contínuo e avaliação de resultados terapêuticos (Dias et al., 2014).

Procedimentos de recolha de dados

A monitorização do processo terapêutico foi realizada de acordo com um protocolo previamente definido pela equipa de investigação, assegurando a uniformidade procedimental ao longo do acompanhamento clínico e a recolha sistemática de dados em diferentes momentos do processo terapêutico. Na primeira sessão foi registada a data de

início do acompanhamento, sendo que a avaliação inicial ocorreu até à terceira sessão, inclusive, momento em que foram preenchidos os consentimentos informados e a ficha sociodemográfica. No caso de crianças até aos 10 anos de idade (inclusive), foram aplicados dois consentimentos informados (pai e mãe), a ficha sociodemográfica, duas CBCL/6–18 (pai e mãe) e uma TRF/6–18, acompanhada do respetivo consentimento informado para o professor. No caso de jovens com idade igual ou superior a 11 anos, foram também aplicados a YSR e o ASSIST.

A segunda e a terceira avaliações, na sétima e décima primeiras sessões, incluíram instrumentos de monitorização do processo terapêutico, sendo aplicadas em crianças até aos 10 anos dois *Brief Problem Monitor- Parent Form* (BPM-P), e um *Teacher Report Form for Ages 6-18* (TRF). Em jovens com 11 anos ou mais foram aplicadas para além do BPM-P e TRF, o *Brief Problem Monitor - Youth Form* (BPM-Y), mantendo-se o ASSIST quando pertinente.

Todos os instrumentos foram integrados no processo clínico, digitalizados e enviados à equipa de investigação, assegurando confidencialidade e a organização segura da informação, para posterior análise de dados pela equipa de investigação.

Procedimento de análise de dados

Os dados dos participantes foram introduzidos numa base de dados e analisados com recurso ao software *IBM SPSS Statistics* (versão 31). Previamente, os dados dos questionários ASEBA foram cotados através do software ADM para obtenção dos respetivos *T-scores* e classificação nos intervalos normativo, *borderline* e clínico. Seguidamente realizou-se a verificação da base de dados, incluindo a análise de valores omissos, a identificação de *outliers* e a recodificação de variáveis. Foram ainda calculadas as pontuações dos diferentes instrumentos.

De modo a calcular o nível de risco associado ao consumo de substâncias no ASSIST, foram seguidas as recomendações da OMS, tendo os respetivos valores sido introduzidos na base de dados. Assim, foram consideradas as seguintes categorias de risco: risco baixo (0–10 para o álcool; 0–3 para o tabaco e substâncias ilícitas), indicativo de probabilidade mínima de consequências adversas; risco moderado (11–26 para o álcool; 4–26 para o tabaco e substâncias ilícitas), sugestivo de risco acrescido de complicações de saúde e/ou sociais; e risco elevado (pontuação superior a 26), refletindo uma probabilidade elevada de perturbação grave associada ao consumo de substâncias.

De seguida, realizou-se uma análise de atrito (*attrition analysis*), com o objetivo de avaliar a existência de diferenças sistemáticas entre os participantes que completaram os três momentos de avaliação e aqueles que não responderam aos mesmos. Esta análise permitiu verificar se a perda de participantes ao longo do tempo poderia introduzir viés nos resultados e comprometer a representatividade da amostra final. Para o efeito, compararam-se as características sociodemográficas e as dificuldades avaliadas no momento inicial entre os dois grupos, de forma a determinar se o padrão de não resposta ocorria aleatoriamente ou se estava associado a características específicas dos participantes.

Posto isso, foi realizado um teste t para amostras emparelhadas, com o objetivo de comparar as perspetivas dos informadores no primeiro e no segundo momento de avaliação relativamente aos problemas emocionais e de comportamento e de competências.

Posteriormente, foram efetuadas correlações de *Spearman* entre os resultados obtidos no acordo entre informadores na primeira avaliação e na segunda avaliação dos problemas emocionais e de comportamento e de competências, com o objetivo analisar de que forma a concordância inicial entre informadores se associava aos indicadores de ajustamento psicológico e adaptativo observados com o avançar do processo terapêutico. Foram ainda analisadas correlações de *Spearman* entre o consumo de diferentes substâncias psicoativas e as dimensões de psicopatologia (internalização, externalização e total de problemas), de modo a compreender a relação entre estas duas variáveis.

Por fim, foi realizada uma análise através do *Reliable Change Index* (RCI), com o objetivo de avaliar se as alterações observadas entre os três momentos de avaliação correspondiam a mudanças clinicamente significativas ao nível individual. Esta análise foi aplicada aos 20 participantes que completaram os três momentos de avaliação, permitindo determinar se as variações observadas ultrapassavam o limiar do erro de medida e refletiam, assim, mudanças fiáveis no funcionamento psicológico ao longo do processo terapêutico.

III. Resultados

4.1. Problemas emocionais e de comportamento e competências

De forma global, observa-se uma elevada proporção de dados omissos, particularmente nas avaliações efetuadas pelo pai e por outros informadores, cujos valores ultrapassam os 60% na maioria das escalas, atingindo 74.6% na escala de competências

dos outros informadores. Não obstante esta limitação, os dados disponíveis evidenciam uma presença expressiva de indicadores de risco psicológico e psicossocial (Tabela 1).

Na percepção das mães, verifica-se uma predominância das classificações situadas nos níveis *borderline* e clínico em várias dimensões avaliadas. Na escala de competências, a proporção conjunta dos níveis *borderline* e clínico (37.3%) é substancialmente superior à observada no nível normativo (14.5%), sugerindo dificuldades significativas ao nível do funcionamento adaptativo. Um padrão semelhante é observado na escala de internalização, em que as classificações *borderline* e clínicas totalizam 39.9%, comparativamente a 21.8% de classificações normativas. Na escala de total de problemas, a percentagem combinada de casos classificados nos níveis *borderline* e clínico (37.3%) excede igualmente a percentagem observada na categoria normativa (24.4%). Apenas na escala de externalização se verifica uma predominância do nível normativo (32.6%), embora a proporção de participantes classificados nos níveis *borderline* e clínico permaneça elevada (28.5%).

Relativamente às percepções paternas, observa-se igualmente uma tendência para uma maior representação de dificuldades emocionais e de comportamento entre os participantes. Na escala de competências, a soma das classificações *borderline* e clínicas (19.6%) ultrapassa o valor registado para o nível normativo (9.3%). O mesmo padrão verifica-se nas escalas de internalização (19.2% vs. 14.5%) e de total de problemas (17.1% vs. 16.1%). Embora, na escala de externalização, a categoria normativa apresente uma percentagem superior (19.2%), a proporção de classificações nos níveis *borderline* e clínico continua a revelar-se relevante (14.5%).

As percepções de outros informadores evidenciam igualmente uma incidência significativa de dificuldades psicológicas. Na escala de competências destaca-se a elevada percentagem de participantes classificados no nível clínico (21.2%), sendo a soma das categorias *borderline* e clínica (23.3%) amplamente superior à proporção observada no nível normativo (2.1%). Nas restantes escalas, as classificações *borderline* e clínicas também ultrapassam os valores normativos: internalização (19.1% vs. 15.5%), externalização (22.3% vs. 12.4%) e total de problemas (21.8% vs. 13.0%).

No que respeita às percepções dos professores, observa-se um perfil relativamente mais equilibrado, embora persistam indicadores clinicamente relevantes. A escala de internalização apresenta uma percentagem conjunta de classificações *borderline* e clínica (21.8%) superior à observada no nível normativo (18.7%), sugerindo a presença de dificuldades emocionais significativas em contexto escolar. Nas restantes escalas, as

classificações normativas apresentam valores ligeiramente superiores; contudo, as percentagens de participantes classificados nos níveis *borderline* e clínico mantêm-se expressivas, oscilando entre 13.4% e 19.2%.

Por sua vez, as percepções dos próprios participantes revelam um padrão diferente daquele observado nos restantes informadores. Nas escalas de competências, internalização, externalização e total de problemas, os níveis normativos atingiram, respetivamente, 43.1%, 44.6%, 50.8% e 40.9%, valores que ultrapassam ou igualam as classificações *borderline* e clínico (35.2%, 36.8%, 30.6% e 40.4%). Estes resultados sugerem que uma proporção considerável das crianças e adolescentes não reconhece a presença de dificuldades ao nível das suas dificuldades emocionais e de comportamento.

Tabela 1

Distribuição dos Participantes por Categoria Clínica, Informador e Escala

Informador	Escala	Normativo n (%)	<i>Borderline</i> n (%)	Clínico (%)	n Omissos (%)
Mãe	Competências	28 (14.5%)	12 (6.2%)	60 (31.1%)	93 (48.2%)
Mãe	Internalização	42 (21.8%)	15 (7.8%)	62 (32.1%)	74 (38.3%)
Mãe	Externalização	63 (32.6%)	19 (9.8%)	36 (18.7%)	75 (38.9%)
Mãe	Total de Problemas	47 (24.4%)	15 (7.8%)	57 (29.5%)	74 (38.3%)
Pai	Competências	18 (9.3%)	8 (4.1%)	30 (15.5%)	137 (71.0%)
Pai	Internalização	29 (15.0%)	9 (4.7%)	28 (14.5%)	127 (65.8%)
Pai	Externalização	37 (19.2%)	8 (4.1%)	20 (10.4%)	128 (66.3%)
Pai	Total de Problemas	31 (16.1%)	8 (3.1%)	25 (13.0%)	129 (67.8%)

Outros	Competências	4	4	41	144
Informadores		(2.1%)	(2.1%)	(21.2%)	(74.6%)
Outros	Internalização	30	8	29	126
Informadores		(15.5%)	(4.1%)	(15.0%)	(65.3%)
Outros	Externalização	24	14	29	126
Informadores		(12.4%)	(7.3%)	(15.0%)	(65.3%)
Outros	Total de	25	11	31	126
Informadores	Problemas	(13.0%)	(5.7%)	(16.1%)	(65.3%)
Professores	Competências	43	12	14	124
		(22.3%)	(6.2%)	(7.2%)	(64.2%)
Professores	Internalização	36	16	26	115
		(18.7%)	(8.3%)	(13.5%)	(59.6%)
Professores	Externalização	44	11	23	115
		(22.8%)	(5.7%)	(11.9%)	(59.6%)
Professores	Total de	41	6	31	115
	Problemas	(21.2%)	(3.1%)	(16.1%)	(59.6%)
Próprio	Competências	68	25	58	42
		(35.2%)	(13.0%)	(30.1%)	(21.8%)
Próprio	Internalização	71	26	60	36
		(36.8%)	(13.5%)	(31.1%)	(18.7%)
Próprio	Externalização	98	16	43	36
		(50.8%)	(8.3%)	(22.3%)	(18.7%)
Próprio	Total de	78	24	55	36
	Problemas	(40.4%)	(12.4%)	(28.5%)	(18.7%)

4.2. Padrões de consumo de substâncias e níveis de risco

Os resultados do ASSIST evidenciam, em primeiro lugar, que as substâncias com maior prevalência de consumo autorreportado ao longo da vida são o tabaco (31.1%) e o álcool (33.7%), seguidos da cannabis (24.4%). As restantes substâncias apresentam valores substancialmente inferiores, nomeadamente os ansiolíticos/sedativos (6.2%),

cocaína (1.6%), anfetaminas (6.2%), inalantes (1.6%), opiáceos (2.6%) e alucinogénios (2.1%). Globalmente, verifica-se que o consumo se concentra sobretudo em substâncias lícitas, com uma prevalência superior face às substâncias ilícitas (Tabela 2).

No que respeita aos níveis de risco dos participantes que consumiram, as categorias de risco moderado e alto risco surgem com percentagens globalmente reduzidas em todas as substâncias, destacando-se apenas valores relativamente mais elevados no tabaco (11.9% em risco moderado e 6.2% em alto risco) e na cannabis (8.3% em risco moderado e 7.3% em alto risco), quando comparadas com as restantes substâncias.

Tabela 2- *Prevalência de consumo e níveis de risco*

Substância	Baixo risco (%)	Risco moderado (%)	Alto risco (%)	Consome (%)	Não consome (%)	Omissos (%)
Tabaco	25 (13.0%)	23 (11.9%)	12 (6.2%)	60 (31.1%)	68 (35.2%)	65 (33.7%)
Álcool	39 (20.2%)	20 (10.4%)	6 (3.1%)	65 (33.7%)	63 (32.6%)	64 (33.7%)
Cannabis	17 (8.8%)	16 (8.3%)	14 (7.3%)	47 (24.4%)	81 (42.0%)	64 (33.7%)
Cocaína	0 (0%)	1 (0.4%)	3 (1.2%)	4 (1.6 %)	114 (59.1%)	76 (39.3%)
Anfetaminas	5 (2.6%)	4 (2.1%)	3 (1.5%)	12 (6.2%)	106 (54.9%)	75 (38.9%)
Inalantes	2 (0.8%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)	4 (1.6%)	115 (59.6%)	73 (38.8%)
Ansiolíticos/Sedativos	7 (3.6%)	4 (2.1%)	1 (0.5%)	12 (6.2%)	106 (54.9%)	75 (38.8%)
Alucinogénios	2 (1.1%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)	4 (2.1%)	114 (59.1%)	75 (38.8%)
Opiáceos	3 (1.6%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)	5 (2.6%)	110 (57.0%)	78 (40.4%)

Outro	2 (1.0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1.0%)	114 (59.1%)	77 (39.9%)
-------	-------------	-----------	-----------	-------------	----------------	---------------

Nota. «Omissos» inclui os participantes sem dados válidos. O nível de risco refere-se apenas aos participantes que reportam existência de consumo.

4.3. Análise de atrito: Comparação entre participantes que responderam e não responderam aos diferentes momentos de avaliação (1.^a a 11.^a)

Os resultados do teste t para amostras independentes revelaram a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todas as variáveis analisadas. Especificamente, não se verificaram diferenças significativas nas dimensões Total de Problemas ($t(118) = .197, p = .844$), Internalização ($t(117) = -.004, p = .997$), Externalização ($t(118) = .291, p = .771$) e Problemas de Atenção ($t(118) = .305, p = .761$), avaliadas pelo BPM-Y, nem na Idade do cliente ($t(118) = -.597, p = .552$). Em todas as variáveis foi assumida a igualdade de variâncias. Estes resultados indicam que os dois grupos são equivalentes em todas as dimensões consideradas.

4.4. Comparação entre informadores no primeiro e no segundo momento de avaliação nos problemas emocionais e de comportamento e de competências

Relativamente às dimensões de internalização, externalização e total de problemas, através do relato materno, do professor e do próprio não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação (Tabela 3).

Relativamente às dimensões de externalização e total de problemas, através do relato paterno, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os momentos de avaliação. Todavia, para a internalização observaram-se diferenças estatisticamente significativas $t(25) = -3.736, p = .002$. Verifica-se uma média de internalização inferior no primeiro momento ($M = 2.86; DP = 1.66$) quando comparado com o segundo momento de avaliação ($M = 5.36; DP = 1.78$).

4.5. Correlação entre o acordo dos informadores na primeira avaliação e na segunda avaliação dos problemas emocionais e de comportamento e de competências

Não se observaram associações estatisticamente significativas entre o acordo do relato materno e do relato paterno relativamente aos problemas emocionais e de comportamento, e a segunda avaliação destas dimensões (Tabela 4).

O acordo entre o relato paterno e o do próprio na primeira avaliação quanto à perspetiva materna na segunda avaliação, associou-se aos Problemas de Atenção ($r =$

.424, $p = .040$), à Externalização ($r = .465, p = .030$), à Internalização ($r = .975, p < .001$) e ao Total de Problemas ($r = .689, p < .001$), sugerindo que o maior acordo entre o pai e o jovem se relaciona com maior expressão global de dificuldades.

O acordo entre o relato materno e o do próprio na primeira avaliação quanto à perspectiva materna na segunda avaliação, associou-se à Externalização ($r = .465, p = .030$). Para além disso, o relato materno e do próprio no momento inicial quanto à perspectiva do próprio na 7ª sessão, associou-se à Externalização ($r = .762, p = .002$), e ao Total de Problemas ($r = .870, p < .001$), sugerindo que o maior acordo entre a mãe e o jovem se relaciona com maior expressão global de dificuldades.

Por outro lado, o acordo entre o relato paterno e do professor na primeira avaliação quanto à perspectiva materna na segunda avaliação, associou-se à Externalização ($r = .432, p = .005$) e Total de Problemas ($r = .424, p < .001$). Quanto à perspectiva paterna na 7ª sessão, associou-se à Internalização ($r = -.839, p < .001$) e à Externalização ($r = .562, p < .001$), sugerindo que o maior acordo entre o professor e o pai se relaciona com maior expressão global de dificuldades.

Tabela 3- Resultados das Diferenças entre o Primeiro e o Segundo Momento de Avaliação nos problemas emocionais e de comportamento

Dimensão	Mãe				Pai				Próprio				Professor			
	M ₁	M ₂	t(25)	p	M ₁	M ₂	t(25)	P	M ₁	M ₂	t(25)	p	M ₁	M ₂	t(25)	p
	(DP)	(DP)			(DP)	(DP)			(DP)	(DP)			(DP)	(DP)		
Internalização	4.50	5.04	-0.897	.379	2.86	5.36	-3.736	.002	4.23	5.49	-1.809	.079	3.00	3.87	-0.839	.429
	(2.79)	(2.82)			(1.66)	(1.78)			(3.26)	(4.10)			(2.73)	(3.09)		
Externalização	4.15	3.38	1.654	.111	4.14	4.00	0.168	.869	3.77	4.32	-0.821	.418	4.63	4.13	0.399	.702
	(2.91)	(2.38)			(2.93)	(3.64)			(2.38)	(3.59)			(2.50)	(4.05)		
Total de Problemas	14.15	13.69	0.374	.712	11.93	13.93	-1.278	.224	13.09	14.74	-1.213	.234	14.38	13.13	0.378	.717
	(6.79)	(5.45)			(4.81)	(6.22)			(6.65)	(8.14)			(6.55)	(8.41)		

Nota: M₁ = média no primeiro momento de avaliação; M₂ = média no segundo momento de avaliação; gl = 25. Valores a negrito indicam diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$).

O acordo entre o relato paterno e do próprio primeira avaliação quanto à perspectiva materna na segunda avaliação, associou-se aos Problemas de Atenção ($r = .424, p = 0.40$) à Externalização ($r = .684, p < .001$), à Internalização ($r = .975, p < .001$), e Total de Problemas ($r = .689, p < .001$). Para além disso, o acordo entre o relato paterno e do próprio quanto à perspectiva do próprio na segunda avaliação, associou-se aos Problemas de Atenção ($r = .875, p < .001$), Externalização ($r = .943, p < .001$) e Total de Problemas ($r = .900, p < .001$).

Por fim, o acordo entre o relato do professor e do próprio quanto à perspectiva do professor na segunda avaliação, associou-se a Problemas de Atenção ($r = .900, p < .001$), sugerindo que o maior acordo entre o professor e o jovem se relaciona com maior expressão global de problemas de atenção.

4.6. Correlação entre o consumo de substâncias e problemas emocionais e de comportamento

De forma global, os resultados obtidos sugerem que o consumo de substâncias se relaciona com diferentes dimensões de psicopatologia, embora estes padrões variem de acordo com o informador e com o tipo de substância (Tabela 6).

O relato materno inicial permite aferir que existem correlações positivas entre o consumo de tabaco e os indicadores de Internalização ($r = .363, p = .036$), externalização ($r = .446, p = .009$) e total de problemas ($r = .445, p = .009$) (Tabela 5).

O consumo de álcool apresenta correlações negativas com a internalização ($r = -.521, p = .002$), a externalização ($r = -.445, p = .009$) e o total de problemas ($r = -.445, p = .009$). O consumo de cannabis apresenta uma correlação negativa com o total de problemas ($r = -.476, p = .005$). O consumo de cocaína apresenta correlações negativas com as competências ($r = -.478, p = .009$) e a Internalização ($r = -.478, p = .001$). O consumo de anfetaminas apresenta uma correlação positiva com a Externalização ($r = .372, p = .022$). O consumo de outras substâncias apresenta uma correlação positiva com o Total de Problemas ($r = .350, p = .032$). Estes resultados apontam para uma associação direta entre o consumo de determinadas substâncias e a presença de dificuldades emocionais e de comportamento percebidas no contexto familiar.

O relato paterno permite aferir que existe uma correlação positiva entre o consumo de álcool e as competências ($r = .390, p = .013$). O consumo de cannabis apresenta correlações positivas com as competências ($r = .372, p = .018$) e a externalização ($r = .352, p = .012$).

Tabela 4- Resultados da associação entre o acordo entre informadores na primeira avaliação e os problemas emocionais e comportamentais reportados na segunda avaliação

Dimensão	CBCL1×CBCL2	CBCL1×TRF	CBCL1×YSR	CBCL2×TRF	CBCL2×YSR	TRF×YSR
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
BPM_Y_7 – Problemas de atenção	.192	.140	.127	.060	-.297	.170
BPM_Y_7 – Internalização	-.211	-.169	-.243	-.169	-.174	-.174
BPM_Y_7 – Externalização	-.043	.463	-.030	.463	-.030	-.030
BPM_Y_7 – Total de problemas	-.111	.010	-.201	.010	-.201	-.201
BPM_PM_7 – Problemas de atenção	-.187	.399	-.058	.348	.424*	-.058
BPM_PM_7 – Internalização	.324	-.177	.067	-.005	.975***	-.134
BPM_PM_7 – Externalização	.348	.415	.465*	.432**	.684***	-.083
BPM_PM_7 – Total de problemas	.135	.223	.335	.424***	.689***	-.131
BPM_PP_7 – Problemas de atenção	-.130	.686	-.090	.302	-.493	-.029
BPM_PP_7 – Internalização	-.017	.000	-.419	-.839***	.032	-.277
BPM_PP_7 – Externalização	.304	.500	-.071	.562***	-.354	.277
BPM_PP_7 – Total de problemas	.046	.686	-.211	-.493	-.191	.099

BPM_T_7 – Problemas de atenção	.566	.230	.820**	.456	.875***	.900***
BPM_T_7 – Internalização	.707	-.125	.624*	-.290	.280	-.533
BPM_T_7 – Externalização	.664	.310	.762**	.154	.943***	.943***
BPM_T_7 – Total de problemas	.664	.170	.870***	.103	.900***	-.087
Quanto amigos tem? CBCL mãe	.085	-.299	-.312	-.054	-.260	.052
Quanto amigos tem? CBCL pai	.198	-.141	-.058	-.094	-.057	-.354
Quanto amigos tem? YSR	.320*	-.074	-.015	-.152	-.000	-.194

Nota. *p < .05. **p < .01. ***p < .001

O consumo de cocaína apresenta uma correlação negativa com a internalização ($r = -.591, p < .001$). O consumo de anfetaminas apresenta uma correlação negativa com a externalização ($r = -.284, p = .044$). O consumo de inalantes apresenta correlações positivas com a externalização ($r = .484, p < .001$) e o total de problemas ($r = .825, p < .001$). O consumo de ansiolíticos apresenta uma correlação positiva com o total de problemas ($r = .834, p < .001$). O consumo de alucinógenos apresenta uma correlação positiva com a externalização ($r = .834, p < .001$). O consumo de opiáceos apresenta uma correlação negativa com o total de problemas ($r = -.038, p = .038$). O consumo de outras substâncias apresenta uma correlação positiva com o total de problemas ($r = .219, p = .042$). Estes resultados apontam para uma associação direta entre o consumo de determinadas substâncias e a presença de dificuldades emocionais e de comportamento percebidas no contexto familiar.

O relato dos professores permite aferir que existe uma correlação negativa entre o consumo de tabaco e a externalização ($r = -.344, p = .018$). O consumo de álcool apresenta correlações positivas com a internalização ($r = .308, p = .035$) e a externalização ($r = .326, p = .025$). O consumo de cannabis apresenta correlações negativas com as competências ($r = -.348, p = .018$), a internalização ($r = -.344, p = .018$), a externalização ($r = -.451, p = .002$) e o total de problemas ($r = -.412, p = .004$). O consumo de cocaína apresenta correlações negativas com a internalização ($r = -.333, p = .023$) e o total de problemas ($r = -.360, p = .013$). O consumo de ansiolíticos apresenta correlações positivas com a externalização ($r = .398, p = .031$) e o total de problemas ($r = .495, p = .001$). O consumo de alucinógenos apresenta correlações positivas com a externalização ($r = .031, p = .018$) e o total de problemas ($r = .867, p < .001$). Estes resultados apontam para uma associação direta entre o consumo de determinadas substâncias e a presença de dificuldades emocionais e de comportamento percebidas no contexto escolar.

O relato dos jovens permite aferir que existe uma correlação positiva entre o consumo de tabaco e as competências ($r = .395, p = .001$), e uma correlação negativa com a externalização ($r = -.332, p = .001$). O consumo de álcool apresenta uma correlação positiva com a internalização ($r = .362, p = .001$). O consumo de cannabis apresenta uma correlação negativa com a internalização ($r = -.330, p = .002$). O consumo de cocaína apresenta uma correlação negativa com a internalização ($r = -.350, p = .001$). O consumo de ansiolíticos apresenta uma correlação negativa com as competências ($r = -.264, p = .025$) e uma correlação positiva com o total de problemas ($r = .218, p = .039$). O consumo de alucinógenos apresenta uma correlação negativa com as competências ($r = -.257, p =$

.030). O consumo de outras substâncias apresenta correlações negativas com as competências ($r = -.244, p = .038$), a internalização ($r = -.334, p = .004$) e a externalização ($r = -.244, p = .020$). Estes resultados apontam para uma associação direta entre o consumo de determinadas substâncias e a presença de dificuldades emocionais e de comportamento percebidas pelos próprios.

4.7. RCI: Evolução terapêutica de 20 participantes ao longo de diferentes momentos de avaliação

No que respeita ao Total de Problemas do BPM-Y, a análise da mudança individual através do Índice de RCI revelou que a maioria dos participantes ($n = 16$; 80%) não apresentou mudança fiável entre os momentos de avaliação. Foram identificados dois participantes (10%) na categoria de recuperado, apresentando um RCI médio de -3.48, e dois participantes (10%) na categoria de deteriorado, com um RCI médio de 4.63.

A análise das características dos participantes que evidenciaram recuperação permite observar alguns elementos descritivos relevantes. Ambos os casos correspondem a raparigas, de 12 e 16 anos, que referem possuir uma rede de apoio reduzida (um a três amigos próximos). No que respeita ao consumo de substâncias, uma das participantes reportou ausência de consumo, enquanto a outra indicou apenas consumos de baixo risco de álcool e tabaco.

Tabela 5- *Correlações de Spearman entre o consumo de substâncias psicoativas e a presença de sintomatologia psicopatológica*

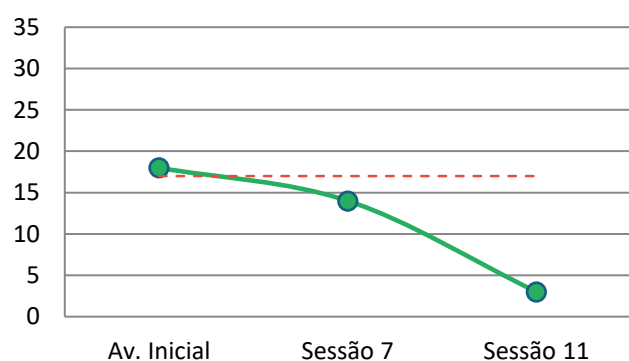
Instrumento	Escala	Tabaco	Álcool	Cannabis	Cocaína	Anfetaminas	Inalantes	Ansiolíticos	Alucinógenos	Opiáceos	Outras
CBCL (Mãe)	Competências	.09	.10	-.12	-.48**	-.26	.17	-.26	.09	-.03	.17
	Internalização	.36*	-.52**	-.14	-.48**	-.05	-.09	.29	.04	.04	-.09
	Externalização	.45**	-.45**	-.17	-.42	.37*	.32	-.00	.09	.09	.26
	Total Problemas	.45**	-.45**	-.48**	-.42	.32	.09	-.17	.09	.09	.35*
CBCL (Pai)	Competências	-.01	.39*	.37*	-.10	-.13	-.27	-.27	-.13	.00	.00
	Internalização	.19	.28	.07	-.59**	-.11	.39	.26	.13	.00	.00
	Externalização	-.28	-.08	.35*	.19	-.28*	.48**	1.00	.83**	-.04	-.04
	Total Problemas	-.01	.12	.23	.27	-.23	.82**	.83**	1.00	-.04*	.22*
TRF	Competências	.11	-.07	-.35*	-.26	-.07	.28	-.24	-.04	.42	.42
	Internalização	-.07	.31*	-.34*	-.33*	-.04	.28	.15	.06	.00	.00
	Externalização	-.34*	.33*	-.45**	-.05	-.09	.50	.40*	.03*	.00	.00

	Total Problemas	.14	.26	-.41**	-.36*	-.08	.02	.49**	.87**	.00	.00
YSR	Competências	.40**	.11	-.14	-.18	-.17	.01	-.26*	-.26*	-.23	-.24*
	Internalização	.11	.36**	-.33**	-.35**	-.12	-.11	.07	.05	-.15	-.33**
	Externalização	-.33**	.20	.06	-.17	-.15	-.06	.07	-.15	-.17	-.24*
	Total Problemas	-.18	.13	.04	-.12	-.15	-.11	.22*	-.15	-.15	-.15

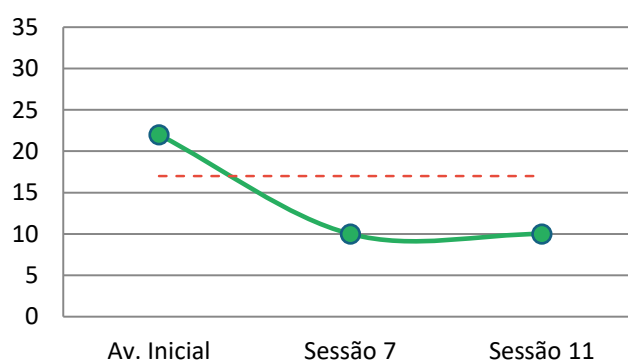
Nota. *p < .05. **p < .01. ***p < .001

Embora estes elementos não permitam estabelecer relações causais, sugerem perfis relativamente homogêneos no que concerne ao apoio social percebido e ao padrão de consumo, podendo estes fatores enquadrar a evolução positiva observada. Por outro lado, os dois participantes classificados como deteriorados são rapazes, com 11 e 15 anos, que referem redes de apoio mais amplas (dois e quatro ou mais amigos). No domínio do consumo de substâncias, um dos participantes reportou consumo de álcool e tabaco, enquanto o outro indicou consumo de álcool, tabaco, ansiolíticos e cannabis, ainda que todos os consumos se situassem em níveis de baixo risco. A presença de consumos mais diversificados neste segundo caso, bem como a diferença de género e de idade face ao grupo recuperado, constitui um conjunto de características que, embora não determinantes, ajudam a contextualizar a trajetória de deterioração identificada.

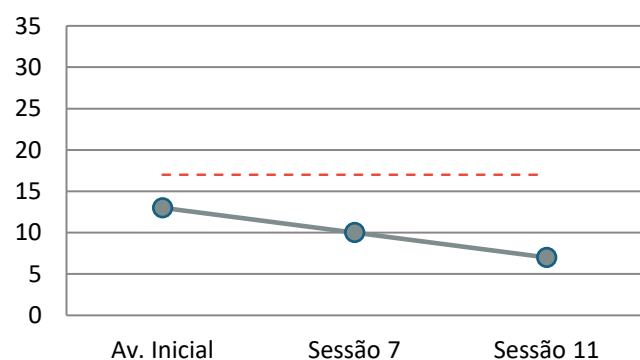
P167 (F,16a) RCI=-3.862



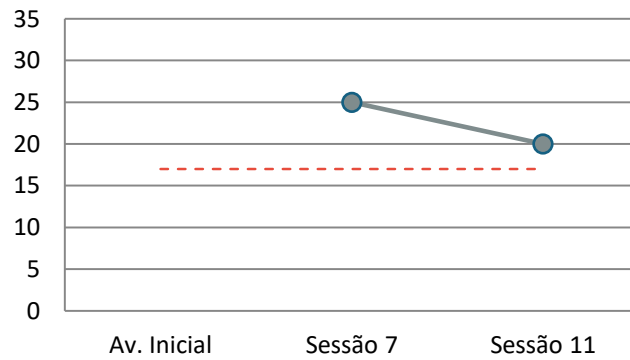
P87 (F,12a) RCI=-3.090



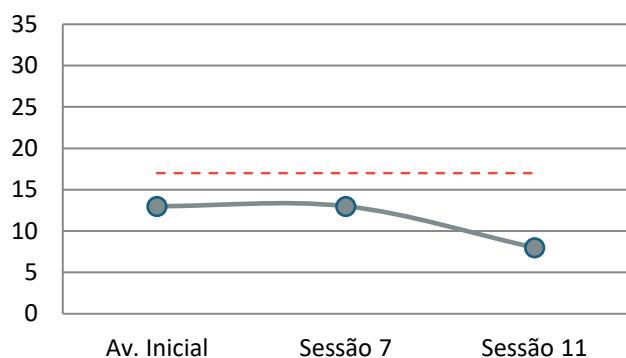
P23 (F,15a) RCI=-1.545



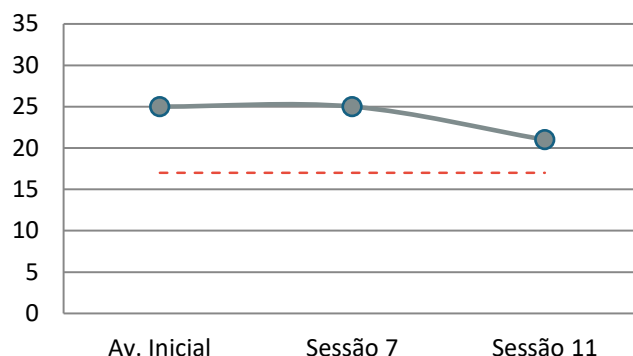
P57 (M,14a) RCI=-1.287



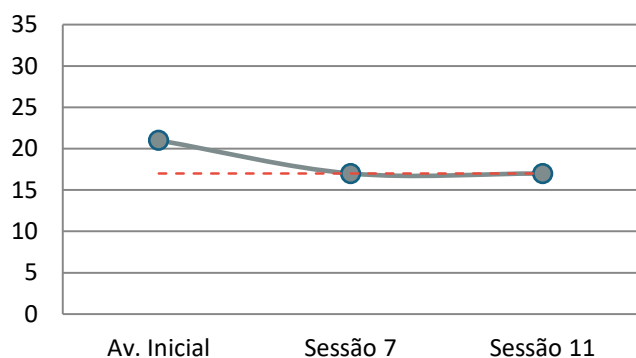
P185 (F,15a) RCI=-1.287



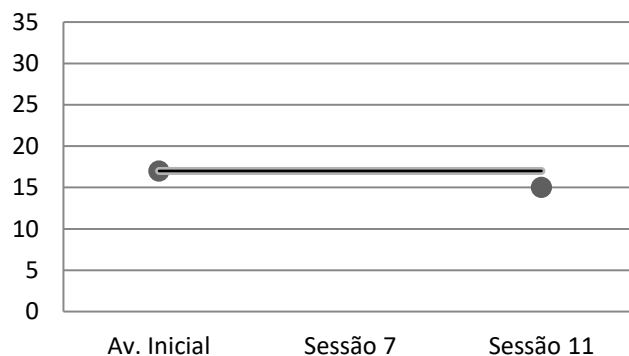
P45 (M,16a) RCI=-1.030



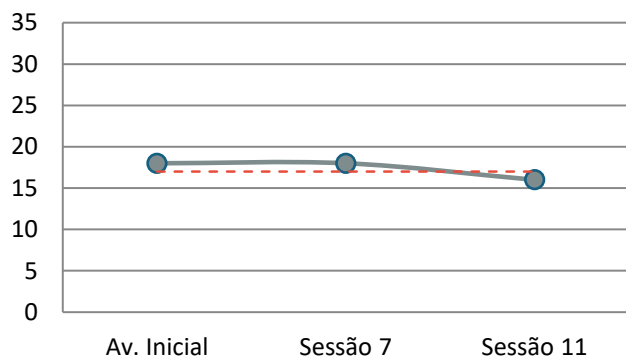
P37 (M,13a) RCI=-1.030



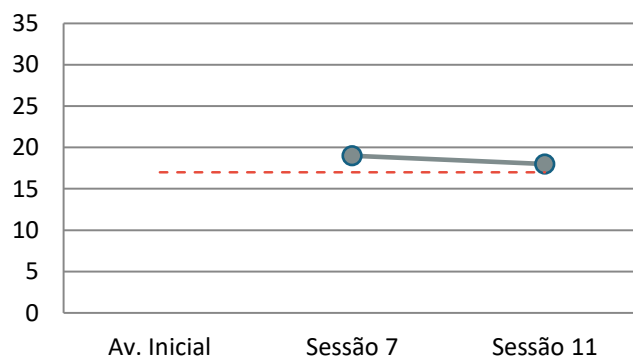
P11 (F,17a) RCI=-0.515



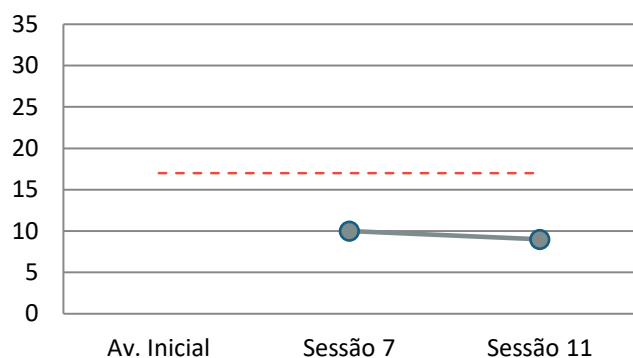
P20 (M,17a) RCI=-0.515



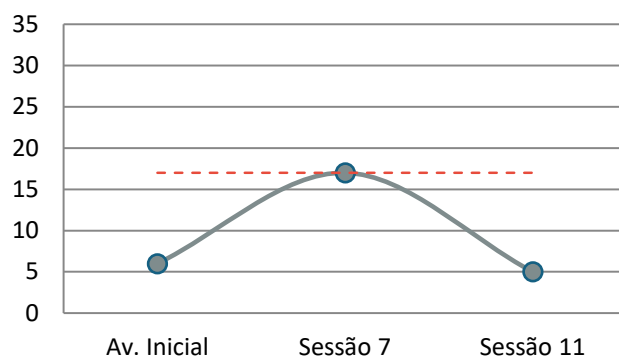
P5 (F,17a) RCI=-0.257



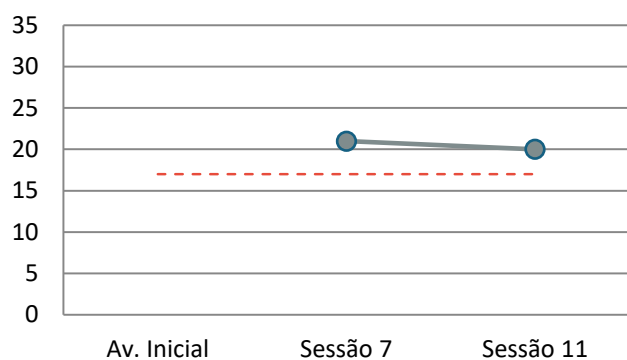
P6 (F,15a) RCI=-0.257



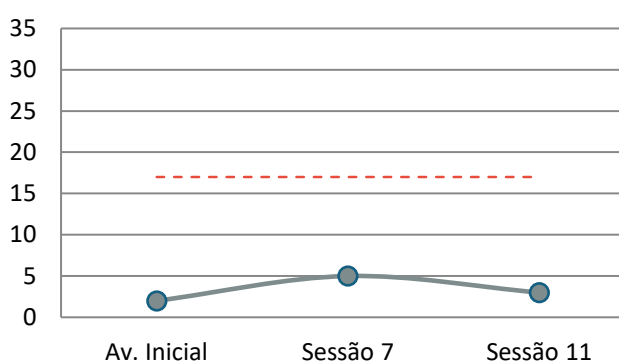
P3 (F,11a) RCI=-0.257



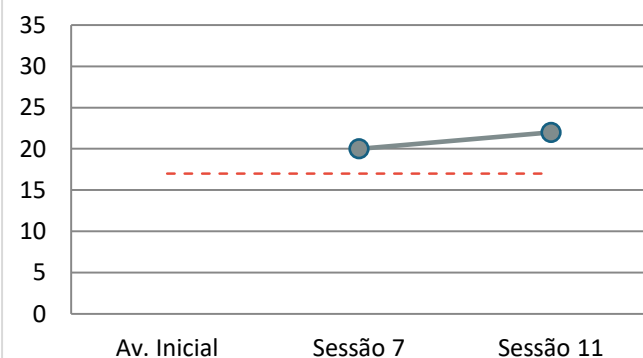
P9 (F,12a) RCI=-0.257



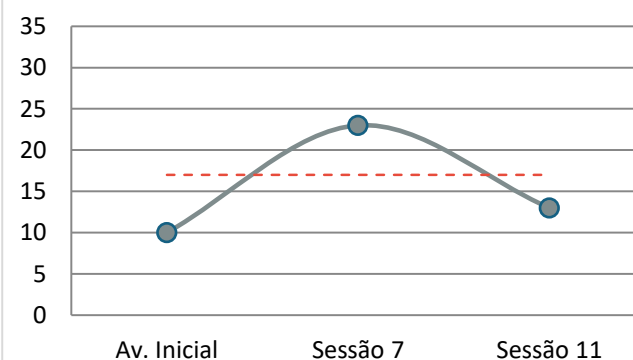
P47 (M,15a) RCI=0.257

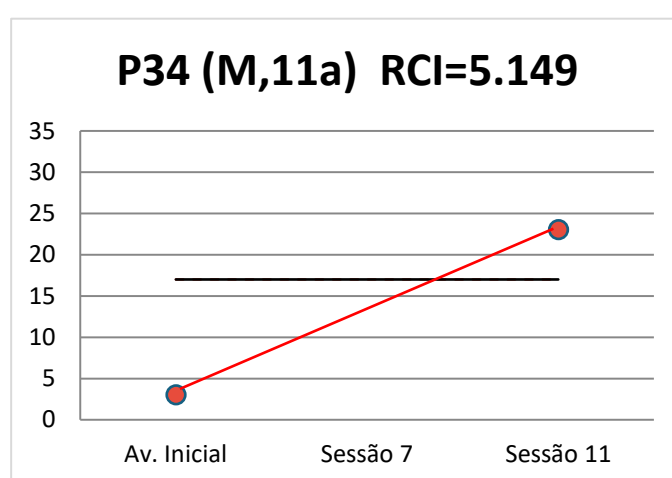
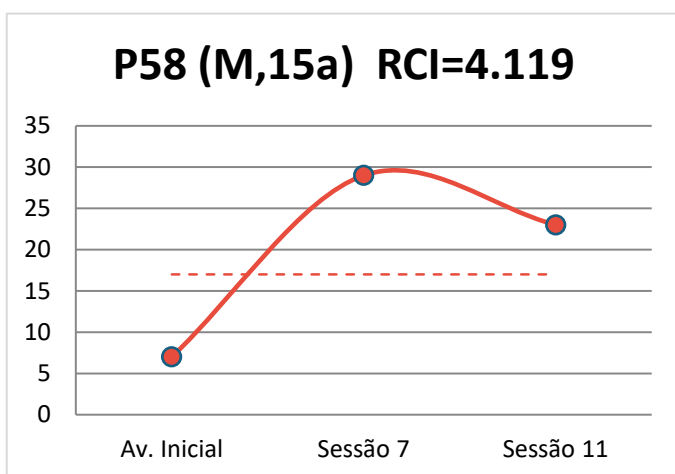
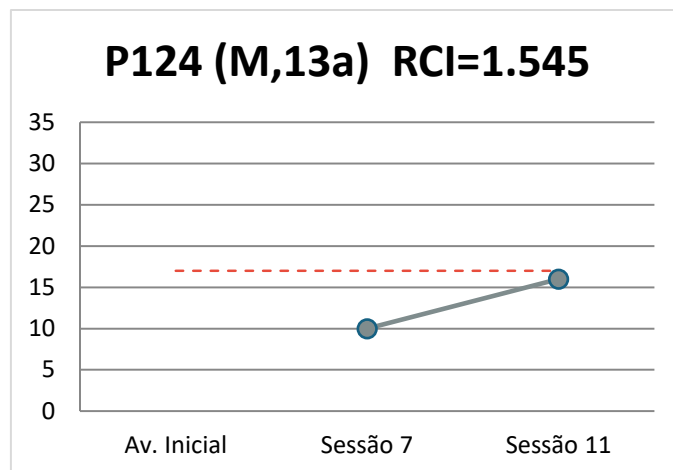
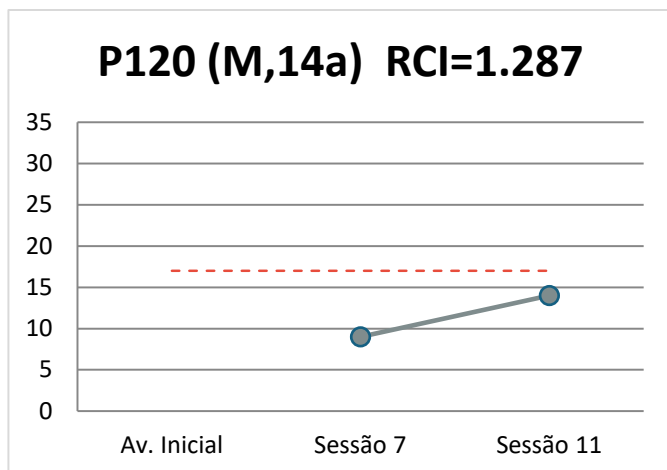


P130 (M,15a) RCI=0.515



P193 (M,16a) RCI=0.772





IV. Discussão

O presente estudo teve como objetivo geral analisar a relação entre os sintomas apresentados e a evolução observada ao longo do processo terapêutico, recorrendo a indicadores sistemáticos de monitorização.

Os resultados relativos à percepção dos diferentes informadores sobre problemas emocionais e de comportamento e competências indicaram, de forma global, a presença de dificuldades relevantes no funcionamento psicológico das crianças e adolescentes avaliados. De forma consistente entre informadores: mães, pais, professores, e os próprios jovens foi possível identificar níveis significativos de problemas emocionais e de comportamento, bem como dificuldades ao nível das competências. Embora se observem algumas variações entre informadores: com um perfil predominantemente normativo nas avaliações dos jovens e um padrão mais equilibrado nas avaliações dos professores, verifica-se, de forma transversal, a presença de indicadores de risco psicológico, globalmente situados em dimensões *borderline* e clínicas.

De facto, como é apresentado na literatura a natureza da relação entre o informador e a criança ou adolescente, o tempo de convivência e a frequência das interações, bem como os diferentes contextos em que ocorre a observação dos comportamentos, constituem potenciais explicações para as divergências relativamente às perspetivas dos informadores sobre as dificuldades emocionais, comportamentais e de competência avaliadas. Acresce que características individuais dos informadores, nomeadamente as suas crenças, expectativas, experiências prévias e estado emocional, poderão influenciar a perceção e interpretação das dificuldades observadas.

Paralelamente, a própria variabilidade situacional da sintomatologia poderá fazer com que determinados comportamentos sejam mais evidentes em alguns contextos do que noutros, contribuindo para diferenças nas avaliações efetuadas pelos diversos informadores. Desta forma, as discrepâncias observadas não deverão ser encaradas exclusivamente como indicadores de falta de acordo entre informadores, mas como fontes complementares de informação acerca do funcionamento da criança ou adolescente em múltiplos contextos de vida (Smith, 2007; De Los Reyes et al., 2015).

Para além disso, os resultados do ASSIST indicaram que o consumo de substâncias na amostra se concentra sobretudo em substâncias lícitas, nomeadamente o álcool e o tabaco, seguidas da cannabis, sendo os restantes consumos pouco expressivos. Verificou-se que a maioria dos consumos se enquadra em níveis de baixo risco, o que sugere padrões gerais de utilização pouco problemáticos na amostra. Contudo, o tabaco e a cannabis destacaram-se por apresentarem uma maior proporção de padrões de risco moderado e elevado, quando comparados com as restantes substâncias, o que aponta para uma maior relevância clínica destes consumos.

De forma geral, a literatura tem vindo a demonstrar que o consumo de substâncias em adolescentes se associa frequentemente a um aumento de dificuldades emocionais e de comportamento, podendo funcionar tanto como fator de risco como estratégia de regulação emocional disfuncional. Neste sentido, substâncias como álcool e cannabis têm sido associadas a maiores níveis de sintomatologia de internalização e de externalização, em particular quando o consumo ocorre em idades precoces, refletindo processos de vulnerabilidade psicossocial e desregulação comportamental subjacentes (Hawkins et al., 1992; Squeglia & Gray, 2016; Gobbi et al., 2019). Assim, as correlações positivas observadas entre determinados consumos e indicadores globais de psicopatologia poderão refletir a presença de um perfil de maior disfunção psicológica geral, no qual o consumo de substâncias surge integrado num padrão mais amplo de dificuldades.

No que diz respeito à análise de atrito realizada, os resultados demonstraram a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que completaram os três momentos de avaliação e aqueles que não responderam a todos os momentos. Estes resultados sugerem que as perdas amostrais observadas ao longo do estudo não ocorreram de forma sistemática em função das variáveis analisadas, reduzindo, assim, a probabilidade de enviesamento associado ao abandono dos participantes.

A literatura tem evidenciado que o atrito constitui um dos principais desafios metodológicos em estudos longitudinais, uma vez que pode comprometer as validades interna e externa dos resultados, particularmente quando os participantes que abandonam o estudo apresentam características sistematicamente distintas daqueles que permanecem até ao final (Kristman et al., 2005). Neste sentido, a inexistência de diferenças significativas entre participantes retidos e não retidos constitui um indicador importante de que as perdas poderão não ter introduzido enviesamentos substanciais nas estimativas obtidas.

De forma complementar, Gustavson et al. (2012) referem que o impacto do atrito na robustez dos resultados depende sobretudo do carácter seletivo das perdas amostrais. Quando o abandono ocorre de forma não seletiva, isto é, sem associação consistente a características específicas dos participantes, o risco de comprometimento da representatividade da amostra e da generalização dos resultados tende a ser significativamente menor. Assim, os resultados obtidos no presente estudo apontam para a possibilidade de as perdas amostrais não terem afetado de forma relevante a representatividade da amostra ao longo dos diferentes momentos de avaliação.

Relativamente aos resultados obtidos na comparação entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, não se observaram diferenças estatisticamente significativas ao nível dos problemas emocionais e de comportamento e de competências, considerando o relato materno, o autorrelato e o relato do professor. No entanto, no relato paterno, embora não se tenham verificado diferenças significativas ao nível dos problemas de externalização e do total de problemas, observou-se um aumento estatisticamente significativo da internalização entre os dois momentos de avaliação, sugerindo um agravamento dos problemas emocionais percecionados pelos pais ao longo do tempo. Este padrão poderá ser interpretado à luz da literatura sobre discrepâncias entre informadores, que evidencia que a avaliação da psicopatologia em crianças e adolescentes é sensível ao contexto de observação e ao grau de envolvimento com o processo clínico.

Neste sentido, De Los Reyes e Kazdin (2005) defendem que as discrepâncias entre informadores devem ser interpretadas como o resultado de diferenças legítimas nos contextos de observação, na disponibilidade de informação e nos critérios utilizados para a avaliação do comportamento. Assim, o aumento da sintomatologia de internalização reportado pelos pais poderá refletir um processo de maior atenção e sensibilidade aos sinais emocionais da criança ou adolescente ao longo do acompanhamento clínico, bem como uma reinterpretação progressiva de comportamentos previamente considerados normativos. Uma explicação adicional para as discrepâncias entre informadores prende-se com a presença de psicopatologia parental, que pode enviesar a perceção e o preenchimento dos questionários. Pais que experienciam níveis elevados de stresse parental tendem a atribuir classificações mais severas do que outros informadores, resultando em pontuações inflacionadas nas escalas de Internalização e Externalização. A psicopatologia parental tem sido consistentemente associada a pontuações parentais mais elevadas nas medidas comportamentais, contribuindo para a magnitude das discrepâncias entre informadores (Chen et al., 2017). Assim, as divergências observadas não refletem apenas o comportamento da criança, mas também os estados psicológicos do informador no momento da resposta.

No que respeita à ausência deste padrão nas mães, uma explicação plausível poderá relacionar-se com diferenças no nível de exposição quotidiana e na continuidade da observação comportamental. Em muitos contextos familiares, as mães tendem a assumir um contacto mais frequente e consistente com a criança, o que poderá conduzir a uma perceção mais estável e menos suscetível a variações abruptas ao longo do tempo. Por contraste, os pais podem experienciar um efeito mais acentuado de reavaliação da sintomatologia após contacto com o contexto clínico e reflexão sobre os comportamentos da criança, o que poderá contribuir para um aumento da perceção de dificuldades de internalização. Desta forma, a hipótese de que possa ocorrer um aumento da internalização percecionada pelos pais nas fases iniciais do processo de avaliação encontra suporte na literatura, na medida em que esta evidencia que as avaliações parentais são influenciadas por fatores contextuais, relacionais e de exposição ao comportamento da criança, mais do que por alterações exclusivas na sintomatologia (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Assim, as diferenças observadas entre pais poderão refletir não apenas variações na perceção individual, mas também distintos padrões de contacto, monitorização e interpretação dos comportamentos da criança ou adolescente.

Nos resultados obtidos relativos à concordância interinformador, observou-se um padrão diferenciado de associações com as diversas dificuldades emocionais, comportamentais e de competências. De forma global, verificou-se que a concordância tende a aumentar em função da maior expressão de dificuldades de externalização e de problemas globais, enquanto a relação com a internalização se apresenta mais inconsistente, com associações positivas e negativas em diferentes indicadores. Uma hipótese explicativa para estes resultados pode ser a de que a concordância interinformador depende sobretudo da observabilidade e da acessibilidade dos comportamentos da criança ou adolescente nos diferentes contextos de vida, mais do que da intensidade global da psicopatologia. Neste sentido, comportamentos de externalização, por serem mais visíveis, frequentes e disruptivos, tendem a ser mais facilmente reconhecidos de forma consistente por diferentes informadores, promovendo maior convergência nas avaliações (De Los Reyes et al., 2015). Em contraste, os sintomas de internalização, pela sua natureza menos observável e mais dependente de estados internos subjetivos, estão mais sujeitos a variações na percepção e interpretação dos informadores, o que poderá explicar a inconsistência das associações encontradas. Nestes casos, a concordância pode tanto aumentar quando o sofrimento psicológico se torna mais evidente, como diminuir quando existem diferenças no acesso ao comportamento ou na capacidade de identificação dos sinais emocionais (De Los Reyes & Kazdin, 2005).

Relativamente aos resultados obtidos na correlação entre o consumo de substâncias, e a percepção dos informadores da presença de problemas emocionais e de comportamento e de competência verificou-se que a relação entre consumo de substâncias e psicopatologia varia consoante o informador e a substância, não se observando um padrão linear consistente, o que reflete a baixa concordância interinformador. Observou-se ainda, uma associação negativa entre o consumo de cocaína e a internalização, presente em todos os informadores. Verificou-se que substâncias como inalantes, ansiolíticos e alucinogêneos se associam, sobretudo nos relatos paterno e dos professores, a maiores níveis de externalização e de total de Problemas. No caso do próprio os resultados mostram associações mais fracas e menos consistentes entre o consumo de substâncias e os problemas emocionais, comportamentais e de competência do que nos restantes informadores.

Os resultados divergentes consoante os informadores sugerem que estas associações não dependem apenas da psicopatologia subjacente, mas também da forma como o comportamento de consumo e os sintomas são observados em diferentes

contextos. Estudos recentes indicam que o consumo de substâncias em adolescentes pode ser mais facilmente detetado em contextos familiares do que escolares, enquanto algumas manifestações emocionais ou comportamentais podem ser mais visíveis na escola do que em casa, contribuindo para padrões distintos de associação entre substâncias e dimensões psicopatológicas (Casey et al., 2019). Desta forma, correlações negativas observadas em contexto escolar podem refletir diferenças contextuais na expressão dos comportamentos, bem como subidentificação de sintomatologia em determinados ambientes.

Adicionalmente, a discrepância entre autoavaliação e heteroavaliação pode ser compreendida à luz da literatura sobre processos de insight e minimização sintomática em adolescentes consumidores de substâncias. A investigação sugere que jovens com padrões de consumo podem apresentar dificuldades na percepção da gravidade dos seus próprios sintomas ou tendência para sub-reportar dificuldades de internalização, o que pode explicar associações negativas entre consumo e determinados domínios na autoavaliação (Winters et al., 2014). Em contrapartida, os informadores externos podem tender a sobrestimar a associação entre consumo e psicopatologia quando este comportamento é identificado, atribuindo-lhe um significado clínico mais abrangente (Patrick et al., 2016). Globalmente, os resultados obtidos podem ser interpretados à luz de um modelo multifatorial, no qual o consumo de substâncias se encontra associado a diferentes perfis de psicopatologia, mas de forma não linear e dependente do contexto de observação e do informador. Esta heterogeneidade é consistente com a literatura recente, que enfatiza a necessidade de abordagens multi-informador e multicontextuais para uma compreensão mais precisa da relação entre consumo de substâncias e funcionamento psicológico na adolescência (Squeglia & Gray, 2016; Gobbi et al., 2019).

Considerando os 20 participantes através do RCI, verificou-se que apenas quatro dos 20 participantes apresentaram mudanças significativas, dos quais dois evidenciaram melhoria e dois deterioração. Uma hipótese explicativa para estes resultados é a de que as diferentes trajetórias de mudança observadas refletem a interação entre o nível de complexidade psicopatológica inicial e a presença de fatores de risco e de proteção ao longo do processo terapêutico. Neste sentido, a predominância de casos sem mudança fiável poderá indicar um padrão de estabilidade sintomática compatível com trajetórias mais crónicas ou menos responsivas à intervenção no período considerado. Por outro lado, os casos que evidenciam recuperação poderão ser explicados pela existência de perfis menos complexos, com menor acumulação de fatores de risco e maior presença de recursos individuais e contextuais, o que tende a facilitar processos de adaptação e

melhoria clínica. A literatura em psicopatologia do desenvolvimento tem demonstrado que trajetórias menos complexas e mais sustentadas por fatores protetores se associam a uma maior probabilidade de evolução favorável em contexto terapêutico (Cicchetti & Rogosch, 2002; McLaughlin, 2016). Em contraste, os casos de deterioração poderão refletir trajetórias de maior vulnerabilidade psicossocial, marcadas por maior acumulação de fatores de risco e por maior desregulação emocional e comportamental, incluindo eventualmente padrões de comportamento de risco como o consumo de substâncias. Estes fatores têm sido associados a piores desfechos clínicos, na medida em que podem comprometer os processos de autorregulação e a eficácia da intervenção (Squeglia & Gray, 2016).

Globalmente, os resultados obtidos podem ser compreendidos à luz de um modelo desenvolvimental e multifatorial, no qual a evolução terapêutica resulta da interação dinâmica entre fatores de risco, fatores protetores e características individuais, não dependendo exclusivamente da sintomatologia inicial, mas da sua evolução ao longo do tempo e do contexto em que ocorre a intervenção.

V. Conclusão

O presente estudo teve como objetivo geral analisar a relação entre as dificuldades iniciais e a evolução das trajetórias terapêuticas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial, recorrendo a indicadores sistemáticos de monitorização de resultados provenientes de múltiplos informadores. A elevada perda de participantes ao longo do período de acompanhamento impossibilitou a concretização do estudo longitudinal inicialmente previsto com a totalidade da amostra, tendo-se optado por complementar a análise com uma avaliação do viés de atrito e com uma análise através do RCI, circunscrita aos participantes com dados completos.

O presente estudo apresenta um conjunto de pontos fortes que reforçam a relevância dos resultados obtidos. Desde logo, destaca-se o recurso a uma abordagem multi-informador, integrando os relatos da mãe, do pai, do professor, de outros informadores e do próprio participante, através de instrumentos devidamente validados para a população portuguesa, o que permitiu uma caracterização mais completa e ecologicamente válida do funcionamento emocional e comportamental dos participantes. Acresce ainda que o estudo foi conduzido em contexto clínico real, num serviço público especializado no acompanhamento de populações vulneráveis, conferindo-lhe elevada validade ecológica, e a combinação, pouco comum na literatura, de indicadores de

psicopatologia e de consumo de substâncias contribui para colmatar lacunas identificadas na investigação com esta população.

Refletindo sobre as limitações da investigação, a principal prende-se com a elevada percentagem de dados omissos, que condicionou toda a estrutura analítica do estudo e que poderá refletir as dificuldades amplamente documentadas na literatura relativamente à implementação de sistemas de monitorização em contextos clínicos reais, nomeadamente a sobrecarga associada ao preenchimento repetido de questionários, a interrupção dos processos terapêuticos e as barreiras organizacionais e culturais à integração sistemática destes instrumentos na prática clínica (Boswell et al., 2015). Para além disso, a reduzida dimensão do subgrupo analisado através do RCI, o intervalo temporal relativamente curto, e a recolha de dados num único contexto clínico limitam igualmente a generalização dos resultados.

No que diz respeito a investigações futuras, os resultados obtidos apontam para várias direções de investigação relevantes. Em primeiro lugar, seria pertinente desenvolver um estudo qualitativo ou misto especificamente orientado para compreender os motivos subjacentes à elevada taxa de abandono ao longo do processo de monitorização, explorando junto de terapeutas, cuidadores e jovens, inseridos neste contexto, quais os principais obstáculos ao preenchimento sistemático das avaliações. Compreender se esta perda se deve a fatores relacionados com a sobrecarga associada ao protocolo, à interrupção dos processos terapêuticos ou a dificuldades de envolvimento dos diferentes informadores constituiria um contributo fundamental para o desenho de futuros estudos nesta área.

No que respeita às implicações para a prática, os resultados deste estudo sustentam a pertinência de integrar sistemas de monitorização de resultados multi-informador na prática clínica com crianças e adolescentes em contextos de vulnerabilidade psicossocial. A identificação de níveis elevados de dificuldades emocionais e comportamentais logo nos momentos iniciais do processo reforça a necessidade de uma avaliação sistemática e abrangente desde o início da intervenção, que permita detetar precocemente perfis de maior risco e ajustar as estratégias terapêuticas em conformidade. Os padrões de consumo identificados sublinham, por sua vez, a importância de integrar componentes de avaliação e prevenção do consumo de substâncias nos planos de intervenção, articulando a monitorização da sintomatologia emocional e comportamental com a avaliação regular dos comportamentos de risco.

Referências

- Aafjes-van Doorn, K., & de Jong, K. (2022). How to make the most of routine outcome monitoring (ROM): A multitude of clinical decisions and nuances to consider. *Journal of clinical psychology*, 78(10), 2054–2065. <https://doi.org/10.1002/jclp.23438>
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2016). Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o período pré-escolar e escolar: um sistema integrado de avaliação com múltiplos informadores. *Psiquilíbrios Edições*. <http://hdl.handle.net/10400.14/17214>
- Barkham, M., De Jong, K., Delgadillo, J., & Lutz, W. (2023). Routine Outcome Monitoring (ROM) and Feedback: Research Review and Recommendations. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 33(7), 841–855. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2181114>
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 25(1), 6–19. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>
- Casey, B. J., Heller, A. S., Gee, D. G., & Cohen, A. O. (2019). Development of the emotional brain. *Neuroscience letters*, 693, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.11.055>
- Chen, Y.-Y., Ho, S.-Y., Lee, P.-C., Wu, C.-K., & Gau, S. S.-F. (2017). Parent-child discrepancies in the report of adolescent emotional and behavioral problems in Taiwan. *PLOS ONE*, 12(6), e0178863. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178863>
- Christens, B. D., Galeotti, T., Lenzi, M., Peterson, N. A., & Treitler, P. C. (2025). Direct and Indirect Effects of Socioeconomic Status and Neighborhood Sense of Community on Mental Health: Psychological Sense of Community as Mediator. *Social Indicators Research*. <https://doi.org/10.1007/s11205-025-03625-7>
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6–20. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.6>

- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological bulletin*, 131(4), 483–509. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.483>
- De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A. G., Burgers, D. E., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological bulletin*, 141(4), 858–900. <https://doi.org/10.1037/a0038498>
- Delgadillo, J., & Richardson, T. (2025). On poverty and trauma: associations between neighbourhood socioeconomic deprivation, post-traumatic stress disorder severity and treatment response. *European journal of psychotraumatology*, 16(1), 2547549. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2547549>
- Dias, P., Carneiro, A., & Campos, J. (2014). Validação do Brief Problem Monitor para o período escolar [Relatório não publicado]. Universidade Católica Portuguesa.
- Duagi, D., Carter, B., Farrelly, M., Lisk, S., Shearer, J., Byford, S., James, K., & Brown, J. S. L. (2024). Long-term effects of psychosocial interventions for adolescents on depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 68, 102382. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102382>
- Finegan, M., Firth, N., & Delgadillo, J. (2020). Adverse impact of neighbourhood socioeconomic deprivation on psychological treatment outcomes: the role of area-level income and crime. *Psychotherapy Research*, 30(4), 546–554. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1649500>
- Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., Ware, M., Marmorstein, N., Cipriani, A., Dendukuri, N., & Mayo, N. (2019). Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 76(4), 426–434. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4500>
- Gustavson, K., von Soest, T., Karevold, E., & Røysamb, E. (2012). Attrition and generalizability in longitudinal studies: findings from a 15-year population-based study and a Monte Carlo simulation study. *BMC public health*, 12, 918. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-918>
- Hautmann, C., Rausch, J., Geldermann, N., Oswald, F., Gehlen, D., Hellmich, M., Rosenberger, K. D., Samel, C., Katrin Woitecki, Walter, D., Adam, J., Dachs, L.,

- Goletz, H., Halder, J., Kinnen, C., Mücke, K., Otte, J., Perri, D., Rademacher, C., & Schürmann, S. (2021). Progress feedback in children and adolescents with internalizing and externalizing symptoms in routine care (OPTIE study): study protocol of a randomized parallel-group trial. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03502-w>
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, 112(1), 64–105. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness, and patient progress. *The American psychologist*, 51(10), 1059–1064. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.51.10.1059>
- Jonášová, K., Čevelíček, M., Doležal, P., & Řiháček, T. (2025). Psychotherapists' Experience with In-Session Use of Routine Outcome Monitoring: A Qualitative Meta-analysis. *Administration and policy in mental health*, 52(1), 106–122. <https://doi.org/10.1007/s10488-024-01348-4>
- Kristman, V. L., Manno, M., & Côté, P. (2005). Methods to account for attrition in longitudinal data: do they work? A simulation study. *European journal of epidemiology*, 20(8), 657–662. <https://doi.org/10.1007/s10654-005-7919-7>
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72–79. <https://doi.org/10.1037/a0022238>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 520–537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>
- Lorentzen, V., Fagermo, K., Handegård, B. H., Neumer, S. P., & Skre, I. (2022). Long-term effectiveness and trajectories of change after treatment with SMART, a transdiagnostic CBT for adolescents with emotional problems. *BMC psychology*, 10(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00872-y>
- Maas Genannt Bermpohl, F., Hülsmann, L., & Martin, A. (2023). Efficacy of mindfulness- and acceptance-based cognitive-behavioral therapies for bodily distress in adults: a meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1160908. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1160908>
- McLaughlin K. A. (2016). Future Directions in Childhood Adversity and Youth Psychopathology. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official*

- journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 45(3), 361–382.*
<https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110823>
- Miguel, C., Karyotaki, E., Ciharova, M., Cristea, I. A., Penninx, B. W. J. H., & Cuijpers, P. (2023). Psychotherapy for comorbid depression and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine, 53(6), 2503–2513.*
<https://doi.org/10.1017/S0033291721004414>
- Mostardinha, A. R., Bártolo, A., Bonifácio, J., & Pereira, A. (2019). Validação do The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) em Estudantes Universitários. *Acta Médica Portuguesa, 32(4), 279.*
<https://doi.org/10.20344/amp.10650>
- Patrick, M. E., Schulenberg, J. E., & O'Malley, P. M. (2016). High School Substance Use as a Predictor of College Attendance, Completion, and Dropout: A National Multi-cohort Longitudinal Study. *Youth & society, 48(3), 425–447.*
<https://doi.org/10.1177/0044118X13508961>
- Pollmann, A., Bates, K. E., & Fuhrmann, D. (2025). A framework for understanding adverse adolescent experiences. *Nature human behaviour, 9(3), 450–463.*
<https://doi.org/10.1038/s41562-024-02098-x>
- Rescorla L. A. (2005). Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental retardation and developmental disabilities research reviews, 11(3), 226–237.* <https://doi.org/10.1002/mrdd.20071>
- Schaeuffele, C., Meine, L. E., Schulz, A., Weber, M. C., Moser, A., Paersch, C., Recher, D., Boettcher, J., Renneberg, B., Flückiger, C., & Kleim, B. (2024). A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapies for emotional disorders. *Nature human behaviour, 8(3), 493–509.*
<https://doi.org/10.1038/s41562-023-01787-3>
- Smith, S. R. (2007). Making Sense of Multiple Informants in Child and Adolescent Psychopathology. *Journal of Psychoeducational Assessment, 25(2), 139–149.*
<https://doi.org/10.1177/0734282906296233>
- Squeglia, L. M., & Gray, K. M. (2016). Alcohol and Drug Use and the Developing Brain. *Current psychiatry reports, 18(5), 46.* <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0689-y>

- Steele, M., & Elgie, S. (2023). Attitudes to using outcome measures in children's services: a systematic review. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 22(2). <https://doi.org/10.17868/strath.00087192>
- Winters, K. C., Tanner-Smith, E. E., Bresani, E., & Meyers, K. (2014). Current advances in the treatment of adolescent drug use. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 5, 199–210. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S48053>
- World Health Organisation. (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*. <https://www.who.int/publications/i/item/978924159938-2>
- Wuthrich, V. M., Zagic, D., Dickson, S. J., McLellan, L. F., Chen, J. T.-H. ., Jones, M. P., & Rapee, R. M. (2023). Effectiveness of Psychotherapy for Internalising Symptoms in Children and Adolescents When Delivered in Routine Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(3), 824–848. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00433-8>