



**CATÓLICA PORTO**  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*Monitorização da intervenção psicoterapêutica com  
adolescentes: relação entre sintomatologia  
psicopatológica e bem-estar e satisfação com a vida*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Joana Melo Adaixo*

Porto, Dezembro de 2015



**CATÓLICA PORTO**  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*Monitorização da intervenção psicoterapêutica com  
adolescentes: relação entre sintomatologia  
psicopatológica e bem-estar e satisfação com a vida*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Joana Melo Adaixo*

Trabalho efetuado sob a orientação de

*Professor Doutor Pedro Dias*

Porto, Dezembro de 2015

Ao meu orientador Professor Doutor Pedro Dias com o qual tive a honra de poder aprender, e cujo apoio e “monitorização regular” ao longo desta etapa, foram fundamentais para a concretização deste estudo.

O culminar destes cinco anos permitiram verificar uma associação entre o apoio incondicional por parte da família e amigos, e a motivação e alcance de objetivos, ao longo do percurso académico!

A todos, obrigada!

## **Resumo**

Na Europa, as perturbações mentais afetam uma em cada quatro pessoas, nalgum momento das suas vidas.

A entrada na adolescência acarreta uma série de novos desafios, e a questão do normal e do patológico surge com maior relevância nesta fase da vida, uma vez que os adolescentes podem evidenciar comportamentos adaptativos, num dado período desenvolvimental, e disfuncionais noutro.

O presente estudo insere-se no projeto MIPA-Mobile, que tem como objetivo testar um modelo de monitorização do processo de intervenção psicológica clínica com adolescentes, com recurso a aplicações móveis, integrando informação proveniente de múltiplos informadores.

As últimas décadas foram pautadas por mudanças ao nível da avaliação psicopatológica em adolescentes.

Dado o impacto considerável que a psicopatologia exerce no adolescente, o presente estudo exploratório pretende compreender e avaliar quantitativamente, no âmbito da monitorização regular do processo terapêutico com adolescentes, a relação entre sintomatologia psicopatológica e os níveis de bem-estar e satisfação com a vida.

De um modo geral, neste estudo pudemos verificar, em vários momentos, a existência de um aumento na perceção de bem-estar e satisfação com a vida associado a problemas de atenção, e uma diminuição desta associada a problemas de internalização.

### Palavras-chave:

Sintomatologia psicopatológica; adolescentes; bem-estar e satisfação com a vida; monitorização.

## **Abstract**

In Europe, mental disorders affects one in four people, at some point in their lives.

Adolescence brings a whole new set of challenges and the issue of what is normal and what is pathological is particularly relevant at this stage of life since teenagers may exhibit adaptive behaviour in a given period of time and dysfunctional behaviour at another.

This study is part of the MIPA-Mobile project, which aims to test a model for monitoring the process of clinical psychological intervention with adolescents using mobile applications, integrating information from multiple sources.

The last decades have been marked by changes in psychopathological assessment in adolescents.

Given the considerable impact that psychopathology has in adolescents, this exploratory study aims to understand and assess quantitatively, in the scope of the regular monitoring of the therapeutic process with teenagers, the connections between psychopathological symptoms and the perception of well-being and life satisfaction.

In general, we were able to determine, in several instances, an increase in the perception of well-being and life satisfaction in connection with attention problems, and a decrease of this perception associated with internalizing problems.

### Keywords:

Psychopathological symptoms; adolescents; well-being and life satisfaction; monitoring.

## Índice

<b>Enquadramento Teórico</b> .....	1
Sintomatologia Psicopatológica .....	1
Bem-Estar e Satisfação com a Vida .....	4
Relação entre Sintomatologia Psicopatológica e Bem-Estar e Satisfação com a Vida .....	5
Monitorização .....	5
<b>Método</b> .....	8
Objetivo geral .....	8
Objetivos específicos .....	8
Participantes .....	9
Instrumentos .....	9
Procedimento de recolha de dados .....	11
Procedimento de tratamento de dados .....	13
<b>Resultados</b> .....	14
Síntese dos dados obtidos relativos aos níveis de internalização, problemas de atenção e externalização e perceção subjetiva de bem-estar e satisfação com a vida, no primeiro momento de monitorização. ....	14
Análise do acordo entre informadores (pais vs. adolescentes) na avaliação da sintomatologia (BPM-Y, BPMP), no primeiro momento de monitorização .....	15
Associação entre a sintomatologia psicopatológica ( <i>T-Score</i> INT, ATT, EXT e TOT) e o bem-estar e satisfação com a vida, no primeiro momento de monitorização. ....	16
Análise da evolução da sintomatologia (INT, ATT e EXT) do adolescente e da perceção de bem-estar e satisfação com a vida, dos participantes mais consistentes, ao longo do processo de monitorização. ....	16
<b>Discussão de resultados</b> .....	20
<b>Conclusão</b> .....	24
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	28
<b>Anexos</b> .....	32

## **Lista de Tabelas**

**Tabela 1** – Descrição dos dados obtidos relativos ao BPM-Y, BPM-P e QPBS, no primeiro momento de monitorização

**Tabela 2** – Grau de associação entre respostas BPM-Y e BPM-P, no primeiro momento de monitorização

**Tabela 3** – Grau de associação entre *T-Scores* BPM-Y, BPM-P (sintomatologia INT, ATT, EXT e TOT) e pontuação total QPBS, no primeiro momento de avaliação

## **Lista de Figuras**

**Figura 1** – Evolução do BPM-Y e do QPBS, no caso HVFX04, ao longo do processo de monitorização terapêutica

**Figura 2** – Evolução do BPM-Y e do QPBS, no caso HVFX05, ao longo do processo de monitorização terapêutica

**Figura 3** – Evolução do BPM-Y e do QPBS, no caso HVFX11, ao longo do processo de monitorização terapêutica

## **Lista de Anexos**

**Anexo 1** – Gráficos BPM-Y da primeira sessão de monitorização, do caso HVFX04

**Anexo 2** – Gráficos BPM-Y da terceira sessão de monitorização, do caso HVFX04

**Anexo 3** – Gráficos BPM-Y da primeira sessão de monitorização, do caso HVFX05

**Anexo 4** – Gráficos BPM-Y da segunda sessão de monitorização, do caso HVFX05

**Anexo 5** – Gráficos BPM-Y da quinta sessão de monitorização, do caso HVFX05

**Anexo 6** – Gráficos BPM-Y da sexta sessão de monitorização, do caso HVFX05

**Anexo 7** – Gráficos BPM-Y da primeira sessão de monitorização, do caso HVFX11

**Anexo 8** – Gráficos BPM-Y da segunda sessão de monitorização, do caso HVFX11

**Anexo 9** – Gráficos BPM-Y da quarta sessão de monitorização, do caso HVFX11

## **Enquadramento Teórico**

### Sintomatologia Psicopatológica

As perturbações mentais representam atualmente quatro das dez principais causas de incapacidade no mundo, e afetam pelo menos uma em cada quatro pessoas, em algum momento das suas vidas (Carter, 2014; Sequeira, & Sá, 2010; WHO, 2005). Para além do sofrimento gerado, a doença mental acarreta também consequências pesadas a nível económico para os indivíduos, famílias e sociedade, principalmente, quando negligenciada ou mal tratada (Carter, 2014).

Tendo em conta o modelo biopsicossocial, para além da componente biológica (como a genética e a neurologia), os sintomas psicopatológicos, são também influenciados pela componente psicossocial (como as características cognitivas, afetivas, interpessoais e comportamentais, inseridas nos contextos familiar e social de cada indivíduo) (Berrios, 2012).

Assim, e de acordo com o conceito de saúde, de um ponto de vista amplo pode concluir-se que a medição de sintomas é bastante útil, e não apenas para o contexto clínico (Abuín, & Rivera, 2014). A valorização e medição da sintomatologia psicopatológica é por isso imprescindível, uma vez que proporciona informação essencial e permite a deteção de indivíduos em risco de desenvolver alguma perturbação mental (Abuín, & Rivera, 2014).

O diagnóstico, numa primeira fase, torna-se então essencial para o delinear de intervenções adequadas tendo em conta a perturbação/psicopatologia e o indivíduo em específico (atendendo às suas características, e aos fatores de risco e de manutenção inerentes) (Abuín, & Rivera, 2014).

De facto, mais do que em qualquer outra fase da vida, a questão do normal e do patológico surge com maior relevância na adolescência (Marcelli, & Braconnier, 2005). É durante esta fase da vida que, geralmente, surgem os primeiros sintomas associados a problemas psicopatológicos experienciados por adultos, e calcula-se que cerca de metade de todos os casos de diagnóstico de perturbação mental tenham tido o seu início por volta dos 14 anos de idade (Jorm, 2012; WHO, 2008). Entretanto, a deteção precoce de sintomas

psicopatológicos nos jovens pode evitar que estes venham a desenvolver quadros graves, com prejuízos ao nível social, do ambiente escolar e familiar (Wathier, Dell’Aglia, & Bandeira, 2008).

Os adolescentes enfrentam uma série de novos desafios, dado que nesta fase da vida lidam com mudanças consideráveis, nomeadamente: expectativas académicas altas, alterações nas relações sociais com mudanças a nível familiar, a nível físico e a nível emocional associadas à maturidade (WHO, 2005). Os fatores específicos inerentes ao adolescente, à sua família, ao ambiente em que estão inseridos (nomeadamente a escola) e os acontecimentos de vida, têm também um impacto na capacidade dos adolescentes para lidar com estas mudanças (WHO, 2005; Matos, Gaspar, Tomé, & Cruz, 2012).

Alguns estudos realizados na Europa Ocidental e nos Estados Unidos por Rutter (1980), demonstraram que pelo menos um quinto dos adolescentes apresenta comportamentos que podem ser classificados como indicadores de distúrbios psicológicos significativos (cit. in Sprinthall, & Collins, 2011). De acordo com vários estudos do mesmo autor, existem três problemas principais cuja frequência aumenta significativamente durante o período da adolescência, sendo eles: a depressão; o alcoolismo/dependência de substâncias psicotrópicas e a anorexia nervosa ou dietas com perdas extremas de peso (cit. in Sprinthall, & Collins, 2011). Sendo que, associado a estas problemáticas surge também um acréscimo relacionado com o parassuicídio ou tentativas de suicídio (Marcelli, & Braconnier, 2005; Sprinthall, & Collins, 2011). Cerca de 4% dos adolescentes entre os 12 e os 17 anos, e 9% dos adolescentes com 18 anos de idade sofrem com depressão, sendo que o suicídio é a segunda maior causa de morte na população entre os 15 e os 35 anos de idade (WHO, 2008).

Embora a psicologia e a psiquiatria tenham elaborado procedimentos para o diagnóstico de crianças e de adultos, esse sistema falha quando aplicado aos adolescentes (Sprinthall, & Collins, 2011). Parte da dificuldade em identificar a gravidade das perturbações durante a adolescência, depende do posicionamento conceptual adotado por cada profissional de saúde mental, da forma como são definidos os comportamentos normais e patológicos, da multiplicidade dos comportamentos desviantes e possível transitoriedade dos mesmos, da dificuldade em estabelecer uma organização estrutural subjacente, e do papel não negligenciável da família e do ambiente social (Dias, & Lima,

2014; Marcelli, & Braconnier, 2005; Sprinthall, & Collins, 2011; Soeiro, 2014). O modelo categorial apresenta limitações relevantes que poderão constituir-se como obstáculos ao nível da intervenção e da investigação, uma vez que apresenta reduzida sensibilidade a problemas subclínicos e uma dificuldade em definir de forma clara fronteiras entre categorias diagnósticas (Dias, & Lima, 2014).

A bateria de *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA) (Achenbach, McConaughy, Ivanova, & Rescorla, 2011; Achenbach, *et al.* 2014) pode, de facto, ajudar os técnicos de saúde mental na distinção entre o comportamento adaptativo e o patológico (Dias, & Lima, 2014). Por oposição ao ponto de vista categorial do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), ao nível da avaliação psicopatológica, este instrumento privilegia uma conceção de cariz dimensional, e integra a experiência comportamental e emocional dos adolescentes nos múltiplos contextos de funcionamento (e.g. família, escola e outros contextos de socialização) (Achenbach *et al.*, 2014; Soeiro, 2014). Este modelo que surge assim como uma proposta de avaliação sistemática e empiricamente validada, sendo que aquilo que diferencia o comportamento normal do patológico é a frequência e intensidade dos problemas referidos (Dias, & Lima, 2014; Achenbach *et al.*, 2014).

O modelo ASEBA (Achenbach, *et al.*, 2011; Achenbach, *et al.* 2014) possibilita ainda avaliação de problemas emocionais e de comportamento, organizada em escalas de segunda ordem, de Internalização e Externalização, possibilitando também o cálculo do *score* total de problemas (Dias, & Lima, 2014). De acordo com as síndromes empiricamente validadas nesta bateria, relativas ao período escolar, os problemas de internalização relacionam-se com: ansiedade/depressão; isolamento/depressão; queixas somáticas (Dias, & Lima, 2014). Por sua vez, os problemas de externalização associam-se a: comportamento delinvente e comportamento agressivo (Dias, & Lima, 2014).

Como a maioria dos adolescentes que inicia psicoterapia ainda não atingiu a maioridade, o terapeuta deverá atender a uma variedade de contextos (Kazdin, 1996; Marcelli, & Braconnier, 2005; Soeiro, 2014). O clima familiar e sobretudo a qualidade do contacto com os pais são fatores significativos que podem diferenciar adolescentes com ou sem problemas (Marcelli, & Braconnier,

2005). Existe também uma forte correlação entre a manutenção e a continuação de uma escolaridade, sendo que exclusão e interrupção da escolaridade podem representar fatores de risco maiores para a saúde física e psicológica dos adolescentes, uma vez que os adolescentes também aprendem a interpretar, a expressar e a regular as suas emoções no contexto das interações sociais (Marcelli, & Braconnier, 2005; Kehoe, Havighurst, & Harley, 2015). Assim, é importante que o modelo de avaliação psicológica utilizado com adolescentes tenha em consideração as competências, o nível de funcionamento psicossocial e as dificuldades específicas, atendendo ao relato de múltiplos informadores-chave (Dias, & Lima, 2014).

### Bem-Estar e Satisfação com a Vida

De acordo com a *Organização Mundial de Saúde*, a saúde é entendida como um estado de profundo bem-estar a nível físico, mental e social, e não somente a ausência de doença. Atendendo a esta definição de saúde, o indivíduo deve ser considerado como um ser biopsicossocial, contemplando as dimensões biológica (saúde física/somática), psicológica (saúde como bem-estar subjetivo) e social (funcionamento interpessoal) (Dias, Carneiro, & Silva, 2010).

Assim, e assumindo uma perspetiva holística, a saúde mental inclui a capacidade do indivíduo para apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica (Sequeira, & Sá, 2010). Assim, mais do que a ausência de sintomas psicopatológicos, a saúde mental associa-se à capacidade dos indivíduos para lidarem com os desafios do dia-a-dia nos diferentes contextos (e.g. escola ou família) (Dias *et al.*, 2010; Oliveira *et al.*, 2008).

Em psicoterapia o foco tradicional na psicopatologia possibilitou o alcance de benefícios ao nível da redução de sintomatologia (Freire, & Teixeira, 2014). Porém, a terapia deverá atender à saúde mental do indivíduo no seu todo, e não apenas na ausência de sintomas psicopatológicos ou na presença de um nível elevado de bem-estar (Freire, & Teixeira, 2014).

Partindo desta ideia, tem-se verificado, ao longo dos últimos anos, o aumento da atenção relativamente às questões do bem-estar e da qualidade de

vida, contexto da avaliação do processo e dos resultados da intervenção psicoterapêutica” (Oliveira, Dias, Gonçalves, & Machado, 2008).

### Relação entre Sintomatologia Psicopatológica e Bem-Estar e Satisfação com a Vida

No domínio da psicopatologia da infância e da adolescência, segundo Spitzer *et al.* (1995) a psicopatologia acarreta danos graves no bem-estar e satisfação com a vida, isto é, interfere com a “percepção subjetiva do indivíduo sobre a sua posição na vida e sua relação com os padrões, objetivos, expectativas e preocupações no contexto da sua cultura e sistema de valores” (WHO, 1996, cit. in Oliveira *et al.*, 2008).

Os resultados da investigação sobre a qualidade de vida e o bem-estar das crianças e jovens vão no mesmo sentido (Eiser, & Jenney, 1996; Eiser, & Kopel, 1997). A psicopatologia durante a adolescência tem um impacto considerável sobre a satisfação subjetiva do jovem com suas atividades do dia-a-dia e bem-estar social (Weitkamp, Daniels, Romer, & Wiegand-Grefe, 2013). Alguns estudos (Spitzer *et al.*, 1995; Sawyer *et al.*, 2002; Bastiaansen, Koot, Ferdinand, & Verhulst, 2004; Weitkamp *et al.*, 2013) demonstraram que a qualidade de vida de crianças e adolescentes com perturbações mentais, é mais baixa que a das crianças e adolescentes na população em geral e, até mesmo que jovens com doenças físicas, indicando uma associação entre a baixa qualidade de vida e a psicopatologia na adolescência (Spitzer *et al.*, 1995; Bastiaansen *et al.*, 2004; Bastiaansen, Koot, & Ferdinand, 2005).

Desta forma, a intervenção psicoterapêutica deverá acarretar mudanças positivas ao nível do bem-estar e satisfação com a vida, e não apenas conduzir a uma redução da sintomatologia psicopatologia (Oliveira *et al.*, 2006).

### Monitorização

Durante décadas, a investigação em psicoterapia consistiu apenas na análise de dados obtidos a partir da aplicação de pré e pós-testes (Bauer & Moessner, 2012). Contudo, a implementação de uma série de políticas de saúde, levou ao desenvolvimento de programas que avaliassem os resultados da intervenção de forma sistemática (Bauer & Moessner, 2012). Estas iniciativas,

por sua vez, levaram a uma mudança passando-se assim da avaliação dos resultados terapêuticos, para a monitorização contínua do progresso da intervenção (Bauer & Moessner, 2012), e em 1996, Howard *et al.* sugeriram a utilização de medidas de progresso do cliente, sessão a sessão, para avaliar e melhorar o resultado da intervenção (cit. in Boswell, Kraus, Miller, & Lambert, 2013).

Tendo em conta a heterogeneidade de problemas e a multiplicidade de fatores que podem influenciar a sintomatologia psicopatológica, a aplicação de testes de monitorização permite que os terapeutas efetuem uma reavaliação das suas prioridades e objetivos de intervenção, ao longo do processo terapêutico (McAleavey, Nordberg, Kraus, & Gastonguay, 2012).

A monitorização psicoterapêutica é então definida como a avaliação sistemática e repetida de variáveis psicológicas durante o processo de intervenção psicoterapêutica, que por sua vez, podem ser alteradas em resposta aos resultados do processo de monitorização (e.g. através do feedback ao terapeuta) (McAleavey *et al.*, 2012). Esta monitorização regular dos clientes é importante na medida em que permite aceder à eficácia da intervenção (Hall *et al.*, 2014) e contribui para que o terapeuta possa fazê-la (intervenção) de uma forma individualizada, com uma base empírica e ajustada às necessidades reais do cliente, percebendo a sua evolução e as alterações sucedidas, sendo que as alterações ocorridas ao longo do processo terapêutico poderão significar uma melhoria (significativa ou não) ou um agravamento (McAleavey *et al.*, 2012) da sintomatologia inicialmente apresentada pelo cliente. A monitorização do processo terapêutico permite assim, ao terapeuta, a identificação de casos em que o cliente não esteja a experienciar alterações significativas no decorrer da intervenção e, o reajuste das suas estratégias de intervenção, com base nos resultados obtidos (McAleavey *et al.*, 2012). Alguns estudos (Bauer & Moessner, 2012; Boswell *et al.*, 2013) demonstraram que quando aplicadas estratégias de monitorização de forma regular, o risco de deterioração do cliente diminui significativamente, verificando-se também um aumento relativamente à eficácia da intervenção (Bauer & Moessner, 2012; Boswell *et al.*, 2013).

Um dos elementos centrais nos sistemas de *feedback*/monitorização é a sua capacidade comprovada para prever os resultados negativos da intervenção ou o risco de hospitalização, por exemplo, uma vez que cerca de 90% dos

terapeutas estimam que as suas intervenções sejam bem-sucedidas e têm a impressão que cerca de 85% dos seus clientes melhora ou recupera (Boswell *et al.*, 2013).

Um dos problemas identificados por Boswell, Kraus, Miller, e Lambert (2013), que justifica a pertinência de uma monitorização regular do processo terapêutico, consiste também na existência de uma dúvida quanto à capacidade dos terapeutas para identificar, durante o curso da terapia, algum tipo de deterioração ou agravamento nos seus clientes, uma vez que cerca de 90% dos terapeutas estimam que as suas intervenções sejam bem-sucedidas e têm a impressão que cerca de 85% dos seus clientes melhora ou recupera (Boswell *et al.*, 2013).

Alguns estudos em diferentes países indicam que há realmente poucos clínicos a aplicar medidas de monitorização de forma regular no seu dia-a-dia de trabalho, e estima-se que cerca de 40 a 60% das crianças e adolescentes interrompam o processo de intervenção prematuramente (Kazdin, 1996; Boswell *et al.*, 2013), provavelmente, devido à perceção de falta de benefícios da intervenção.

A avaliação da eficácia do processo de intervenção para o cliente, e avaliação da eficácia e da eficiência do terapeuta em particular, são dois dos domínios gerais onde as medidas de monitorização podem ser úteis (McAleavey *et al.*, 2012). De acordo com Boswell *et al.* (2013), a deteção de pequenos progressos ao longo do processo terapêutico pode tranquilizar os clientes mais céticos, e aumentar a aliança terapêutica existente (Boswell *et al.*, 2013).

Assim, a monitorização da evolução da qualidade de vida e dos ganhos terapêuticos ao nível do bem-estar dos pacientes e da redução da sintomatologia psicopatológica mostra-se relevante, uma vez que esta monitorização poderá conduzir a melhores resultados terapêuticos, e a investigação tem vindo a demonstrar que a psicopatologia acarreta danos ao nível do bem-estar e da qualidade de vida (Rapaport, Clary, Fayyad, & Endicott, 2005; Oliveira *et al.*, 2008).

O presente estudo está inserido no projeto de investigação de Monitorização da Intervenção Psicoterapêutica com Adolescentes através de uma Aplicação Móvel (MIPA-Mobile), desenvolvido pela Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), em colaboração

com o Centro de Estudos de Desenvolvimento Humano (CEDH), e é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Devido à dificuldade sentida na implementação de estratégias de monitorização da intervenção psicológica com adolescentes, em múltiplos momentos, com múltiplas medidas e com recurso a múltiplos informadores, este projeto tem como principal objetivo desenvolver e testar um modelo de monitorização do processo de intervenção psicológica clínica com adolescentes, com recurso a uma aplicação informática, integrando informação proveniente de diferentes informadores-chave.

A abordagem de monitorização da intervenção adotada neste projeto não se baseia apenas na observação de variáveis como a mudança de sintomatologia, mas também na observação de variáveis como o bem-estar subjetivo e variáveis relacionadas com o processo (e.g. aliança terapêutica).

## **Método**

### Objetivo geral

Uma vez que a sintomatologia psicopatológica tem um impacto considerável sobre a satisfação subjetiva do adolescente com suas atividades do dia-a-dia e bem-estar social (Weitkamp *et al.*, 2013), o presente estudo, de natureza exploratória pretende compreender e avaliar quantitativamente, no âmbito da monitorização regular do processo terapêutico com adolescentes, a relação entre sintomatologia psicopatológica e os níveis de bem-estar e satisfação com a vida.

### Objetivos específicos

Neste sentido os objetivos específicos desta investigação são:

1. Descrever, tendo como referência os dados normativos, os níveis de internalização, problemas de atenção e externalização, e a perceção subjetiva de bem-estar e satisfação com a vida dos adolescentes;

2. Explorar o acordo entre informadores (pais vs. adolescentes) na avaliação da sintomatologia;
3. Explorar a associação entre a sintomatologia psicopatológica avaliada pelos adolescentes e pelos pais, e o bem-estar e satisfação com a vida;
4. Analisar a evolução da sintomatologia e da percepção de bem-estar e satisfação com a vida do adolescente, ao longo do processo de monitorização.

### Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 18 adolescentes em processo terapêutico, com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos de idade.

Desta amostra, 2 dos adolescentes encontravam-se em processo terapêutico individual e 16 em terapia de grupo. Relativamente aos jovens que se encontram em terapia de grupo, sabemos que estes estão divididos entre: um grupo de psicodrama de pré-adolescência (10-12 anos); um grupo de psicodrama de adolescência (13-16 anos); um grupo expressivo-corporal (13-16 anos) e um grupo de jovens com comportamentos auto-lesivos (13-16 anos).

A amostra é não probabilística e por conveniência, sendo que a seleção dos participantes teve como principal critério o facto de serem encaminhados para intervenção psicológica/psicoterapia em hospitais ou clínicas de psicologia.

No âmbito do projeto de investigação no qual a presente dissertação se insere, foram definidos os seguintes critérios de exclusão: presença de défices cognitivos graves ou outra condição que inviabilize a obtenção do autorrelato dos adolescentes.

### Instrumentos

Relativamente ao procedimento de recolha de dados, torna-se necessária a utilização de métodos rápidos, económicos e eficazes (Abuín, & Rivera, 2014). Uma vez que os questionários e escalas autoadministrados de valor sintomático, quando bem estruturados, satisfazem os requerimentos de economia e rapidez, sem perder precisão (Abuín, & Rivera, 2014), os instrumentos de avaliação psicológica utilizados na monitorização psicoterapêutica deste estudo foram:

Brief Problem Monitor (BPM), (Achenbach, McConaughy, Ivanova, & Rescorla, 2011)

O *Brief Problem Monitor* (BPM) é um instrumento de rápida administração (aproximadamente 2 minutos), cujas suas escalas abrangem itens da *Child Behaviour Checklist* para idades compreendidas entre os 6 – 18 anos (CBCL), e tem como objetivo avaliar a evolução sintomatológica em processos de intervenção clínica com crianças e adolescentes.

O BPM permite avaliar respostas relativamente à intervenção, através de uma monitorização regular do processo terapêutico, com recurso a múltiplos informadores. Este instrumento é constituído pelo *Brief Problem Monitor* para jovens (BPM – Y), dirigido a adolescentes entre os 11 e os 18 anos de idade; pelo *Brief Problem Monitor* para pais (BPM – P), destinado a pais, familiares ou responsáveis legais/institucionais do adolescente; e pelo *Brief Problem Monitor* para professores (BPM – T)<sup>1</sup> que, por sua vez, se dirige a professores e profissionais escolares.

Este instrumento inclui itens para a classificação de Internalização (INT), Problemas de Atenção (ATT) e Externalização (EXT). Cada item é avaliado entre 0 = não é verdade, 1 = um pouco verdade ou 2 = muito verdadeiro, e a soma de todos os itens permite obter a pontuação Total de Problemas (TOT). Os utilizadores podem ainda adicionar problemas e/ou pontos fortes, que ainda não constem no BPM, tais como aqueles que são especialmente direcionados para a mudança.

Questionário Pediátrico de Bem-Estar, Satisfação e Qualidade de Vida (QPBSQ), (Endicott et cols., 2006; versão portuguesa Oliveira, Dias, Gonçalves, & Machado, 2008)

O Questionário Pediátrico de Bem-Estar, Satisfação e Qualidade de Vida, versão portuguesa do *Paediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire* desenvolvido por Endicott et cols. (2006) avalia aspetos importantes da experiência subjetiva de vida das crianças e adolescentes, através da análise do seu funcionamento biopsicossocial.

---

<sup>1</sup> No âmbito do presente estudo, não foi aplicado nenhum BPM-T.

Este questionário é constituído por 15 itens avaliados numa escala ordinal tipo Likert de 1 a 5 pontos (1= muito mal e 5= muito bem). Os itens estão formulados de acordo com a pergunta “Durante a última semana, como estiveram as coisas...” e incidem em vários aspetos do quotidiano relacionados com diferentes contextos de vida (por exemplo, “com a tua saúde”, “com a escola”, “em casa ou no lugar onde tu moras”), bem como diferentes estados psicológicos (“com o teu nível de energia”, “com os teus sentimentos ou humor”, por exemplo). O último item da escala permite ao sujeito fazer uma apreciação global da sua experiência de bem-estar na última semana. O instrumento pode ser administrado individualmente ou em grupo e não existe tempo limite para completar o questionário. A pontuação total varia entre 1 a 75 pontos, sendo que quanto mais alta a pontuação, mais elevada é a perceção de qualidade de vida e bem-estar subjetivo do sujeito (Oliveira *et al.*, 2008).

O uso deste instrumento mostra-se relevante contextos como a psicologia clínica e da saúde, serviços de pediatria, oncologia e pedopsiquiatria, e uma das vantagens da sua utilização é a sua fácil e rápida aplicação, tanto no contexto clínico, como no âmbito da investigação. O QPBS pode contribuir para uma monitorização regular e sistemática do nível de bem-estar e da qualidade de vida em várias áreas, bem como na avaliação dos resultados do processo psicoterapêutico (Oliveira, *et al.*, 2008).

O estudo psicométrico realizado em Portugal por Oliveira, *et al.* (2008) permitiu comprovar a validade e fidelidade deste instrumento, revelando resultados aproximados ao estudo realizado por Endicott, Nee, Yang, & Whollberg (2006) ao nível da validade e da fidelidade.

#### Procedimento de recolha de dados

De forma a salvaguardar as questões éticas da investigação, foi efetuado um pedido de autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) e um pedido de autorização às comissões de ética de cada contexto clínico. Foram, igualmente, assinados os respetivos consentimentos informados por cada participante (adolescentes e pais), sendo que cada participante foi identificado através de um código aleatório, permitindo assim assegurar a confidencialidade dos dados.

Numa primeira sessão, foram explicados os objetivos do projeto MIPA-Mobile aos participantes e solicitada a assinatura do consentimento informado aos mesmos (adolescentes e pais). Este documento integra a inclusão dos objetivos e procedimento de recolha de dados do projeto de investigação, a garantia de anonimato, a possibilidade de interrupção voluntária na colaboração com o estudo, e o contacto do coordenador do projeto, mostrando disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.

Após a aceitação de colaboração com o projeto, era solicitado o preenchimento de uma ficha sociodemográfica (dirigida a adolescentes, pais e terapeutas) e o preenchimento de uma ficha de diagnóstico (preenchida pelo terapeuta). Na maior parte das vezes estes registos não continham um diagnóstico baseado num sistema internacional de classificação, mas sim uma descrição dos sintomas/dificuldades dos pacientes. Contudo, só três dos terapeutas preencheram esta ficha de diagnóstico.

Nesta primeira consulta, juntamente com a ficha sociodemográfica, foram fornecidos os instrumentos de avaliação aos adolescentes e pais.

A recolha de dados foi realizada através da administração do BPM - *Brief Problem Monitor* (Achenbach, McConaughy, Ivanova, & Rescorla, 2011) e do QPBS - *Questionário Pediátrico de Bem-Estar, Satisfação e Qualidade de Vida*, (Endicott *et cols.*, 2006; versão portuguesa Oliveira, *et al.*, 2008) – aplicados ao longo do processo terapêutico.

Estes testes foram aplicados em dois contextos clínicos (público e privado). Num dos contextos a recolha foi efetuada pelos investigadores do projeto MIPA, com o envio dos questionários, após cada sessão de intervenção, através do recurso a uma plataforma móvel (desenvolvida pela equipa de investigação). No outro contexto, os respetivos terapeutas, em parceria com o projeto de investigação, entregavam os questionários em papel a cada participante, que devolveriam na sessão seguinte, sendo que os momentos de monitorização aconteceram com uma periodicidade aproximadamente mensal.

Os questionários de monitorização psicoterapêutica BPM-Y e QPBS foram administrados a adolescentes, e o BPM-P aos pais, de modo a avaliar o comportamento e a resposta do adolescente à intervenção, e perceber a existência de alterações ao longo do processo terapêutico relativamente à sintomatologia e à perceção de bem-estar e satisfação com a vida.

### Procedimento de tratamento de dados

Os dados recolhidos através do BPM e do QPBS foram analisados através do *software* de análise quantitativa, *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics 23).

Após a recolha do BPM, ao longo de vários momentos de monitorização, os dados relativos aos adolescentes (BPM-Y) e aos pais (BPM-P) foram introduzidos no BPM *Software Program*, para análise da trajetória da sintomatologia (INT, ATT, EXT e TOT) dos participantes ao longo do processo terapêutico com recurso a resultados padronizados (*T-scores*) em anexo.

Atendendo a questões como idade, género e tipo de informador, estes gráficos comparam cada item de resposta aos valores médios para a população (*T-Score*), sendo que a pontuação varia entre 50 e 75 nas escalas de INT, ATT e EXT, e entre 50 a 80 pontos no TOT. Para estas escalas os valores  $T \leq 65$  são considerados normativos, e os valores  $T \geq 65$  ou superiores ao chamado ponto de corte (*broken line*) são considerados clinicamente significativos.

Em relação ao QPBS, depois de somados todos os itens para a obtenção da pontuação total, os resultados foram lidos tendo em conta uma média de 60,40 ( $DP= 6.67$ ), obtida no estudo de validação do instrumento, para adolescentes entre os 12 e os 17 anos (Oliveira *et al.*, 2006). Sendo que, acima deste valor, se considera que exista uma perceção de bem-estar e satisfação com a vida elevada.

Foi realizada uma estatística descritiva, com o objetivo de sintetizar os dados obtidos relativos aos níveis de internalização, problemas de atenção e externalização e a perceção subjetiva de bem-estar e satisfação com a vida, num primeiro momento de monitorização.

Para a observação da relação entre os níveis de sintomatologia psicopatológica e o bem-estar e satisfação com a vida, procedeu-se à realização de uma Correlação de *Spearman* (não paramétrica) para o primeiro momento de avaliação terapêutico, entre os *outputs* obtidos no BPM-Y e BPM-P (*T-score* INT, ATT, EXT e TOT), e a pontuação total do QPBS.

Relativamente aos níveis de significância estatística, foi considerado um nível de  $p < .05$  para resultados significativos e de  $p < .1$  para resultados marginalmente significativos.

Foi também realizada uma análise descritiva com o objetivo de analisar a trajetória de três casos, relativamente aos quais existiam mais de três momentos de avaliação, no que diz respeito à monitorização da sintomatologia e da perceção de bem-estar e satisfação com a vida, ao longo do processo terapêutico.

## **Resultados**

Síntese dos dados obtidos relativos aos níveis de internalização, problemas de atenção e externalização e perceção subjetiva de bem-estar e satisfação com a vida, no primeiro momento de monitorização.

De acordo com a Tabela 1 podemos perceber que dos 18 participantes a média de internalização do BPM-Y é de 65,94 ( $DP=6,11$ ) e do BPM-P é de 66,61 ( $DP=6,38$ ); a média de problemas de atenção avaliada pelos pais (BPM-P) é de 65,00 ( $DP=6,68$ ), que se situam acima do ponto de corte ( $T \geq 65$ ). A média de problemas de atenção, avaliada pelos adolescentes BPM-Y, é de 62,22 ( $DP=6,83$ ) valor relativamente próximo do limite do ponto de corte na amostra normativa; a média de externalização, no BPM-Y, é de 58,67 ( $DP=7,19$ ) e, no BPM-P, de 59,61 ( $DP=7,69$ ), valores abaixo do ponto de corte. O Score da pontuação total também se situa acima do ponto de corte: no BPM-Y a média é de 65,00 ( $DP=5,55$ ), e no BPM-P, de 66,22 ( $DP=5,26$ ).

A média obtida no QPBS é de 58,87 ( $DP=16,43$ ), abaixo de 60,40 ( $DP=6,67$ ), obtida no estudo de validação do instrumento, para adolescentes entre os 12 e os 17 anos, embora fique dentro do intervalo de um desvio-padrão (Oliveira *et al.*, 2006).

Tabela 1

Descrição dos dados obtidos relativos ao BPM-Y, BPM-P e QPBS, no primeiro momento de monitorização.

	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>TScore</i> BPM-P INT	18	51,00	75,00	66,61	6,38
<i>TScore</i> BPM-P ATT	18	50,00	75,00	65,00	6,68
<i>TScore</i> BPM-P EXT	18	50,00	69,00	59,61	7,69
<i>TScore</i> BPM-P TOT	18	51,00	72,00	66,22	5,26
<i>TScore</i> BPMY INT	18	50,00	75,00	65,94	6,11
<i>TScore</i> BPMY ATT	18	51,00	72,00	62,22	6,83
<i>TScore</i> BPMY EXT	18	50,00	70,00	58,67	7,19
<i>TScore</i> BPMY TOT	17	56,00	73,00	65,00	5,55
QPBS	16	40,00	111,00	58,87	16,43

Análise do acordo entre informadores (pais vs. adolescentes) na avaliação da sintomatologia (BPM-Y, BPMP), no primeiro momento de monitorização.

De acordo com a Tabela 2, podemos perceber que existe uma correlação entre o relato dos adolescentes (BPM-Y) e o relato dos pais (BPM-P) relativamente aos problemas de atenção ( $r_s = ,66$ ,  $p = .004$ ) e externalização ( $r_s = ,71$ ,  $p = .001$ ). Porém, verificamos que não existe correlação quanto aos problemas de internalização ( $r_s = -,03$ ,  $p = .915$ ).

Tabela 2

Grau de associação entre respostas BPM-Y e BPM-P, no primeiro momento de monitorização.

		<i>TScore</i> BPMY INT	<i>TScore</i> BPMY ATT	<i>TScore</i> BPMY EXT	<i>TScore</i> BPMY TOT
<i>TScore</i> BPMP INT	$r_s$	-,03	,16	-,48 <sup>†</sup>	-,31
<i>TScore</i> BPMP ATT	$r_s$	-,13	,68 <sup>**</sup>	,11	,42
<i>TScore</i> BPMP EXT	$r_s$	,09	,43	,71 <sup>**</sup>	,57 <sup>*</sup>
<i>TScore</i> BPMP TOT	$r_s$	-,09	,65 <sup>**</sup>	,31	,36

<sup>†</sup>  $p < .1$ , \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$ .

Associação entre a sintomatologia psicopatológica (T-Score INT, ATT, EXT e TOT) e o bem-estar e satisfação com a vida, no primeiro momento de monitorização.

A análise da correlação de *Spearman*, relativamente à associação entre a sintomatologia, avaliada pelos jovens e a percepção de bem-estar e satisfação com a vida, permitiu observar uma relação negativa e significativa entre a escala de INT do BPM-Y e o resultado do QPBS,  $r_s = -,63$ ,  $p = .010$ .

Tabela 3

*Grau de associação entre T-Scores BPM-Y, BPM-P (sintomatologia INT, ATT, EXT e TOT) e pontuação total QPBS, no primeiro momento de avaliação.*

		TScore		TScore		TScore		TScore		TScore	
		BPMY		BPMY		BPMP		BPMP		BPMP	
		INT	ATT	EXT	TOT	INT	ATT	EXT	TOT		
QPBS	$r_s$	1,000	-,63**	,21	,27	-,02	-,27	,25	-,07	,10	

\*\*  $p < .05$ . \*  $p < .001$ .

Análise da evolução da sintomatologia (INT, ATT e EXT) do adolescente e da percepção de bem-estar e satisfação com a vida, dos participantes mais consistentes, ao longo do processo de monitorização.

Relativamente à evolução da sintomatologia (INT, ATT e EXT) e da percepção de bem-estar e satisfação com a vida, verificamos que apenas 3 dos adolescentes continuaram a responder ao BPM-Y e ao QPBS de forma mais regular, durante o processo de monitorização.

No caso HVFX04 (Figura 1), de acordo com os T-Score do BPM-Y em anexo (Anexo 1, p. 1), verificamos que no primeiro momento de monitorização as escalas INT (75), ATT (70) e EXT (66) apresentam valores superiores ao ponto de corte ( $\geq 65$ ), e em relação ao QPBS uma pontuação de 58, para uma média de 60,40 ( $DP= 6.67$ ) para adolescentes entre os 12 e os 17 anos. Apesar de não existirem dados relativos ao BPM-Y na segunda monitorização, podemos observar um aumento da pontuação do QPBS entre o primeiro (58) e o segundo (71) momento de monitorização.

No terceiro momento de monitorização, as escalas INT (71), ATT (68) e EXT (73) em anexo (Anexo 2, p. 2), apresentam valores superiores ao ponto de corte ( $\geq 65$ ), e verificamos uma acentuada diminuição na pontuação do QPBS (29).

De acordo com o BPM-Y em anexo (Anexo 3, p. 3), no caso HVFX05 (Figura 2), verificamos que a sintomatologia INT (50) e EXT (59) apresentam Scores baixos, sendo que a escala de ATT (64) se encontra mais próxima da *broken line* ( $\geq 65$ ). Em relação ao QPBS, verificamos uma pontuação de 64, posicionando-se acima da média para adolescentes entre os 12 e os 17 anos, de 60,40 ( $DP= 6.67$ ) (Oliveira *et al.*, 2006).

Em relação à segunda monitorização, embora os resultados do BPM-Y, em anexo (Anexo 4, p. 4), estejam ainda abaixo do ponto de corte ( $\geq 65$ ), verificamos um ligeiro aumento nos Scores de INT (51) e EXT (63), e uma diminuição em três pontos na escala ATT (61). De acordo com esta monitorização, podemos também observar uma diminuição de dez pontos quanto ao resultado do QPBS (54), comparativamente ao primeiro momento de monitorização.

Embora não existam dados em relação ao BPM-Y na terceira monitorização, verificamos uma diminuição gradual na pontuação do QPBS entre os três primeiros momentos de monitorização. Sendo que na primeira monitorização obteve uma pontuação de 64, na segunda de 54 e na terceira 51.

Não existem dados quanto ao quarto momento de monitorização.

Em relação à quinta sessão de monitorização em anexo (Anexo 5, p. 5), podemos observar que de forma geral, existiu um aumento na pontuação tanto ao nível do BPM-Y como do QPBS. Verificamos assim um aumento significativo em relação à pontuação do QPBS (70), um aumento no Score de ATT (67) (posicionando-se acima do ponto de corte), a escala de EXT mantém-se com uma pontuação de 63, o Score de INT (58) continua inferior a 65.

Na sexta sessão de monitorização em anexo (Anexo 6, p. 6), podemos constatar um aumento na pontuação de todas as escalas do BPM-Y - INT (71), ATT (73) e EXT (71) - apresentam valores superiores ao ponto de corte ( $\geq 65$ ), e uma ligeira diminuição em relação à pontuação do QPBS (67).

Apesar de existir uma ligeira diminuição na pontuação do QPBS entre a quinta (70) e a sexta sessão (67), existe uma maior perceção de bem-estar,

relativamente aos três primeiros momentos de monitorização. Contudo, nestas duas últimas sessões, existe também um aumento relativo à sintomatologia do adolescente.

Por último, no caso HVFX11 (Figura 3), na primeira sessão de monitorização, verificamos que existem valores superiores ao ponto de corte no BPM-Y em anexo (Anexo 7, p. 7), em relação à escala de INT (67) e em relação aos problemas de ATT (67). Em relação à escala de EXT verificamos um *Score* de 51 e em relação ao QPBS uma pontuação de 62, acima da média para adolescentes entre os 12 e os 17 anos.

Na segunda sessão, verificamos uma diminuição em dez pontos na pontuação total do QPBS (52) e nas escalas de INT (62) e ATT (64) do BPM-Y, em anexo (Anexo 8, p. 8), sendo que o *Score* EXT se mantém com uma pontuação de 51.

Não existem dados relativos ao terceiro momento de monitorização, no entanto, na quarta sessão assistimos a um aumento na pontuação total do QPBS (59) e, de uma forma geral, a uma diminuição nos *Scores* do BPM-Y – INT (54), ATT (51) e EXT (50), em anexo (Anexo 9, p. 9).

Neste caso, entre a primeira monitorização e a segunda, existe uma ligeira diminuição nos *Scores* do BPM-Y e uma diminuição de dez pontos em relação ao QPBS. Na quarta sessão assistimos a um aumento na pontuação do QPBS e a uma diminuição em relação aos *T-Scores* do BPM-Y.

Figura 1

*Evolução do BPM-Y e do QPBS, no caso HVFX04, ao longo do processo de monitorização terapêutica.*

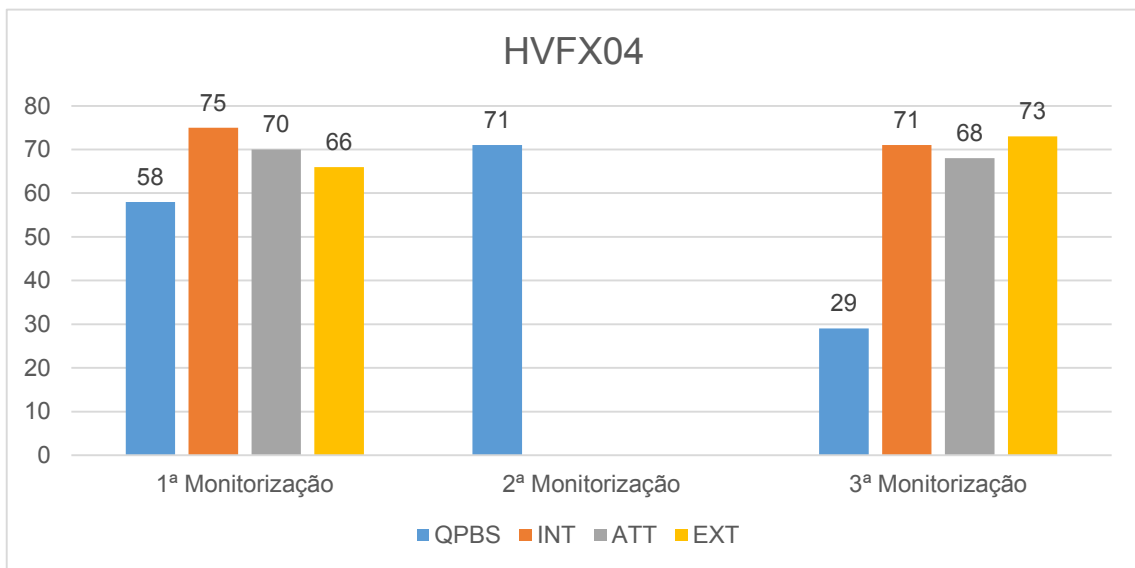


Figura 2

*Evolução do BPM-Y e do QPBS, no caso HVFX05, ao longo do processo de monitorização terapêutica.*

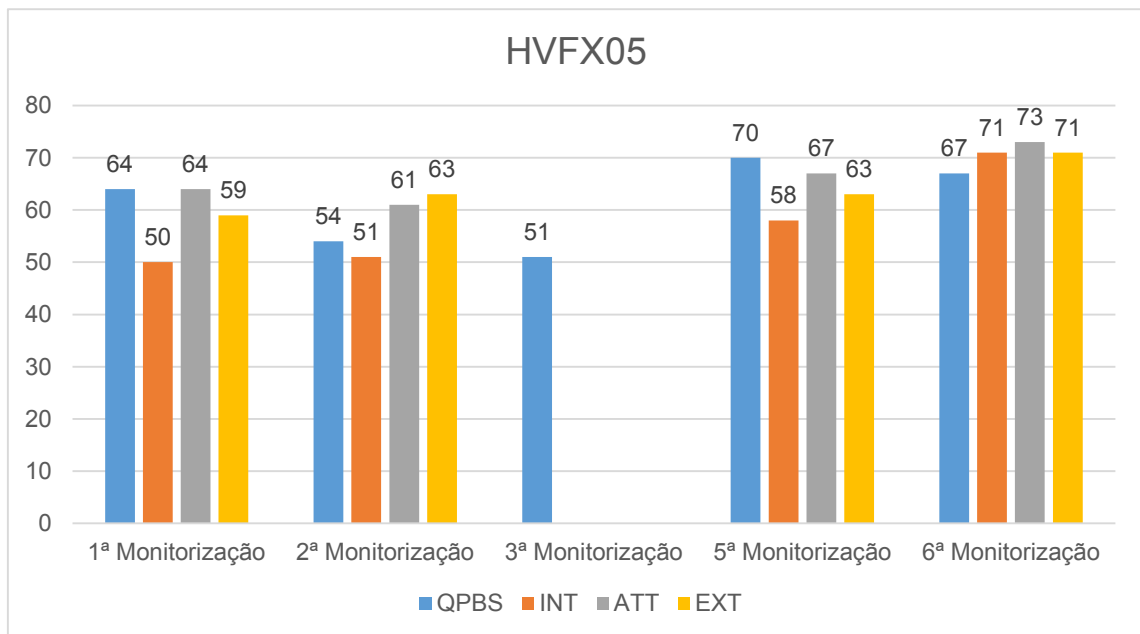
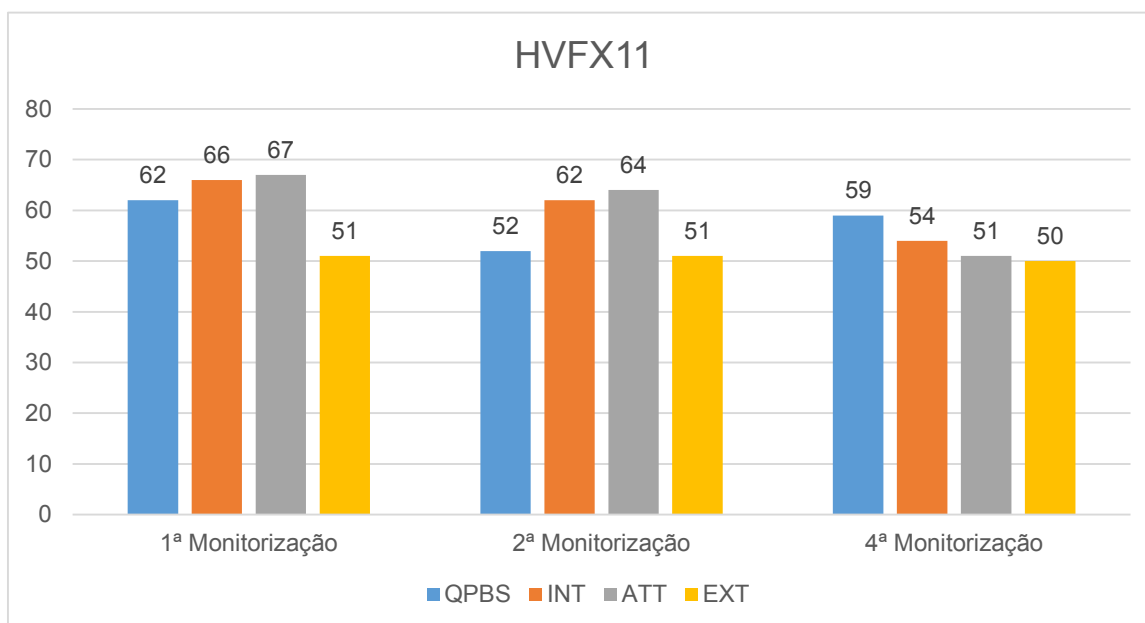


Figura 3

*Evolução do BPM-Y e do QPBS, no caso HVFX11, ao longo do processo de monitorização terapêutica.*



## Discussão de resultados

O presente estudo envolveu 18 participantes e teve como objetivo, a monitorização regular o processo psicoterapêutico com adolescentes entre os 10 e os 17 anos de idade, ao nível da sintomatologia psicopatologia e do bem-estar e satisfação com a vida.

As primeiras preocupações de um profissional de saúde prendem-se com a identificação do funcionamento psicopatológico do adolescente, onde o terapeuta é inicialmente confrontado com a necessidade de uma avaliação diagnóstica global (Marcelli, & Braconnier, 2005). Embora a compreensão dos problemas e dos sintomas psicopatológicos sejam aspetos relevantes, os profissionais deverão também atender outras dimensões relacionadas com a perceção subjetiva de bem-estar e satisfação com a vida dos indivíduos, e não limitar-se a uma avaliação meramente sintomatológica (Endicott *et cols.*, 2006).

De acordo com a análise dos resultados apresentados na Tabela 1, e tendo em conta os dados normativos, podemos perceber que no primeiro momento de avaliação os problemas de internalização e total de problemas, estão acima do ponto de corte, tanto no BPM-Y como no BPM-P, e que a média do QPBS é inferior à média para adolescentes entre os 12 e os 17 anos. Ou seja, nesta amostra de 18 participantes, percebemos que a sintomatologia mais saliente está relacionada com problemas de internalização, e que existe uma percepção de bem-estar e satisfação com a vida reduzida.

É ainda de salientar que a média de problemas de atenção, identificada pelos pais também é elevada, e que tanto nos adolescentes como nos pais a média em relação à escala de externalização é reduzida.

Com esta análise descritiva, pudemos verificar já a existência de alguns valores relativamente próximos entre informadores (pais e adolescentes), ao nível dos problemas de internalização, externalização e total de problemas. Nesse sentido, e uma vez que o BPM estabelece relações entre o relato de múltiplos informadores, procurámos explorar o acordo entre adolescentes e pais quanto à avaliação da sintomatologia.

Através da análise do acordo entre informadores (pais vs. adolescentes) na avaliação da sintomatologia (BPM-Y, BPMP) (Tabela 2), percebemos que existe uma correlação entre o relato dos adolescentes (BPM-Y) e o relato dos pais (BPM-P) relativamente aos problemas de atenção e externalização, e verificamos que não existe correlação quanto aos problemas de internalização.

De acordo com a organização em escalas de segunda ordem, empiricamente validadas pela Bateria ASEBA, sabemos que os padrões de dificuldades específicos de internalização estão orientados para sintomas de ansiedade, depressão, isolamento e queixas somáticas (Dias, & Lima, 2014), cuja sua identificação, por parte de outros, é de difícil acesso, sendo frequente um nível reduzido de acordo entre informadores neste domínio.

Por sua vez, os padrões de dificuldades específicos de externalização associam-se a comportamentos delinquentes e comportamentos agressivos (Dias, & Lima, 2014), sendo de mais fácil acesso, na medida em que são avaliados como problemas de comportamento, pelos outros.

Entretanto, através da exploração da associação entre a sintomatologia psicopatológica (INT, ATT, EXT e TOT) e o bem-estar e satisfação com a vida

(Tabela 3), os resultados indicam a existência de uma redução na percepção de bem-estar e satisfação com a vida, dos adolescentes, associada a problemas de internalização.

É curioso verificar que, embora não significativa, também existe uma relação negativa entre o BPM-P e o QPBS em relação à escala de internalização.

Comparando os dados do BPM-Y e do BPM-P, entre os níveis de internalização, com a percepção de bem-estar e satisfação com a vida, podemos perceber que tanto o relato dos adolescentes como o relato dos pais vão no mesmo sentido, ou seja, quanto mais sintomas de internalização, menos percepção de bem-estar e satisfação com a vida. Estes resultados vão de encontro ao que tem vindo a ser sugerido na literatura, no que se refere à associação entre a psicopatologia e o bem-estar e satisfação com a vida (Spitzer *et al.*, 1995; Sawyer *et al.*, 2002; Bastiaansen *et al.*, 2004; Weitkamp *et al.*, 2013), sendo que, a psicopatologia durante a adolescência tem um impacto considerável sobre a satisfação subjetiva do jovem com suas atividades do dia-a-dia e bem-estar social (Weitkamp, *et al.*, 2013).

Quanto aos problemas de atenção e de externalização, percebemos também que, embora não significativo, tanto no BPM-Y como no BPM-P estes estão associados a um aumento na percepção de bem-estar e satisfação com a vida.

Mais uma vez, e de acordo com os dados anteriores podemos verificar o mantimento de um acordo em relação à informação proveniente do BPM-Y e do BPM-P.

Tal como referido por Oliveira *et al.* (2008), a investigação tem vindo a evidenciar, de modo consistente que uma monitorização da evolução da qualidade de vida e dos ganhos terapêuticos ao nível do bem-estar dos pacientes é particularmente relevante, dado que a psicopatologia acarreta danos graves na qualidade de vida (e.g. perturbações de ansiedade e de humor estão associadas a alterações negativas significativas na qualidade de vida e no funcionamento dos pacientes). Assim, num último momento, foi efetuada uma análise mais detalhada relativamente à evolução da sintomatologia (INT, ATT e EXT) e percepção de bem-estar e satisfação com a vida, numa amostra de três adolescentes, relativamente aos quais existiam mais de três momentos de avaliação, ao longo do processo terapêutico.

De um modo geral, no caso HVFX04 (Figura 1), verificamos que nos dois momentos em que a sintomatologia foi monitorizada, todas as escalas apresentavam valores superiores ao ponto de corte ( $\geq 65$ ), e em relação ao QPBS ao longo das três sessões monitorizadas, embora verifiquemos um aumento na pontuação entre o primeiro e o segundo momento de monitorização, há uma diminuição acentuada no terceiro momento.

De acordo com o BPM-Y, no caso HVFX05 (Figura 2), verificamos que, de um modo geral, a sintomatologia apresenta *Scores* baixos nas duas primeiras sessões de intervenção, existindo em simultâneo uma diminuição gradual na percepção de bem-estar e satisfação com a vida até ao longo dos primeiros três momentos de monitorização. Entretanto, a partir da quinta sessão verificamos um aumento ao nível da sintomatologia e, comparativamente aos momentos anteriores, um aumento ao nível da percepção de bem-estar. Ainda assim, nesta quinta sessão podemos observar a pontuação em relação à satisfação com a vida (70) é a mais elevada comparativamente com os outros momentos de monitorização, e que a escala de problemas de atenção é a única que está acima do ponto de corte. Estes dados vão no mesmo sentido dos resultados da Tabela 3, que embora não significativos, demonstraram que os problemas de atenção e de externalização, estão associados a um aumento na percepção de bem-estar e satisfação com a vida.

Porém, na sexta sessão de monitorização, verificamos um aumento em todas as escalas e, pela primeira vez, um aumento no *Score* de internalização ( $\geq 65$ ). Simultaneamente, nesta mesma sessão, verificamos uma diminuição na percepção de bem-estar e satisfação com a vida.

Ainda assim, apesar de um aumento relativo à sintomatologia do adolescente, e uma ligeira diminuição na pontuação do QPBS entre a quinta e a sexta sessão, existe contudo uma maior percepção de bem-estar, comparativamente aos três primeiros momentos de monitorização.

Quanto ao caso HVFX11 (Figura 3), percebemos que ao longo dos três momentos de monitorização existe uma diminuição gradual ao nível da sintomatologia, sendo que as escalas avaliadas como mais problemáticas são os problemas de atenção e a internalização. Na primeira sessão de monitorização, este adolescente apresenta *Scores* mais elevados para problemas de atenção e internalização, e uma percepção de bem-estar superior

à média para adolescentes entre os 12 e os 17 anos, de 60,40 ( $DP= 6.67$ ). Entre a primeira e a segunda sessão, verifica-se uma diminuição nos *Scores* da sintomatologia e na pontuação total do QPBS. Na quarta sessão, assistimos a uma redução da sintomatologia de um modo geral, e embora inferior à média da população para adolescentes, há um ligeiro aumento na percepção de bem-estar e satisfação com a vida.

Através de uma análise dos dados apresentados nas Figuras 1, 2 e 3, podemos perceber mais uma vez, que quando a escala de Internalização, em relação ao BPM-Y, apresenta *Scores* mais elevados, existe geralmente uma redução na pontuação associada à percepção de bem-estar e satisfação com a vida, e quando existem *Scores* mais elevados em relação à escala de atenção, há um aumento na pontuação do QPBS.

Relativamente à evolução da percepção de bem-estar e satisfação com a vida ao longo do processo de monitorização, de acordo com a Figura 1, 2 e 3, apesar de verificarmos um aumento na pontuação em relação a dois dos casos (HVFX05; HVFX11), os dados não são conclusivos em relação a esta trajetória, dado o reduzido número de momentos de monitorização, e a amostra limitada.

De um modo geral, neste estudo pudemos verificar, em vários momentos, a existência de uma associação positiva entre a percepção de bem-estar e satisfação com a vida e problemas de atenção, e uma associação negativa a problemas de internalização. É provável que os jovens com mais problemas de atenção e de externalização, embora tenham mais problemas de comportamento, não os sintam como um problema com interferência na sua satisfação com a vida.

## **Conclusão**

Antes de mais, importa salientar que este é um estudo exploratório, que procurou cruzar dados para os quais ainda não se dispõe de muita informação na literatura, para comparação.

Assim sendo, este estudo permite pensar em estudos futuros e reforça a necessidade de estudar a percepção de bem-estar e satisfação com a vida, não devendo os profissionais de saúde, limitar-se apenas à avaliação da sintomatologia (Endicott *et cols.*, 2006). O estudo reforça também a necessidade de uma monitorização do processo terapêutico com recursos a instrumentos validados para a população portuguesa, de fácil e rápida aplicação, integrando informação de diferentes informadores-chave (Oliveira *et al.*, 2008).

Apesar das limitações existentes, este constitui-se como um dos poucos estudos em contexto nacional que procurou verificar o impacto de uma monitorização regular do processo psicoterapêutico ao nível da sintomatologia psicopatológica (atendendo a escalas de internalização, problemas de atenção e externalização) e do bem-estar e satisfação com a vida, com uma amostra de adolescentes, e o primeiro estudo a nível nacional que procurou testar o BPM com uma amostra real. Desta forma, procurámos também perceber, do ponto de vista do instrumento, se este seria capaz de corresponder àquilo que é esperado em relação ao acordo entre informadores, sendo que foi possível verificar uma correlação entre o BPM-Y e o BPM-P em relação aos problemas de atenção e externalização.

Não obstante, os resultados deste estudo deverão ser compreendidos no contexto de algumas limitações, que poderão ter condicionado os resultados desta investigação. Salientam-se como principais limitações uma amostra reduzida, a ausência de dados relativos a outros momentos de monitorização, a ausência de dados em relação ao diagnóstico ou aos problemas apresentados pelos adolescentes, e ao facto de não se poder distinguir quais os participantes que estiveram no grupo de psicodrama de pré-adolescência, no grupo de psicodrama de adolescência, no grupo expressivo-corporal e no grupo de jovens com comportamentos auto-lesivos.

O facto da maior parte da amostra ser constituída por adolescentes em terapia de grupo também poderá constituir-se como uma limitação ao estudo, na medida em que poderão ocorrer processos de comparação social, que por sua vez poderão conduzir a uma conformidade na forma de atuação e a uma alteração ao nível da autoestima, e autoconceito dos adolescentes (Sprinthall, & Collins, 2011). “De facto a grupalidade na adolescência é uma grupalidade identitária, transitória já que ajuda a fazer passar o sentimento de identidade da

família para o grupo” (Marcelli, & Braconnier, 2005), entretanto, a terapia de grupo deverá ser “bastante grande” para promover interpretações e discussões grupais e “bastante pequeno” de modo a permitir interpretações de cariz mais individual (Marcelli, & Braconnier, 2005).

Também seria importante perceber quais os objetivos inerentes a cada grupo de intervenção, uma vez que existem grupos muito distintos, e que a oscilação de sintomatologia apresentada nas Figuras 1, 2 e 3, também poderá estar associada a fases específicas do processo de intervenção.

Apesar de este estudo contemplar 18 participantes no primeiro momento de avaliação, apenas pudemos considerar três participantes para a análise da evolução da sintomatologia e da perceção de bem-estar e satisfação com a vida, dado que estes foram os únicos participantes que responderam de forma mais consistente aos questionários, durante o processo de monitorização.

É necessário ter em conta que amostra deste estudo é constituída por pré-adolescentes e adolescentes, que geralmente a procura de ajuda psicológica nos adolescentes, não é feita de uma forma autónoma, e que a sua motivação para levar a cabo o processo terapêutico, depende em grande escala de outras figuras de referência que percebam o problema (e.g. família, professores, etc.) (Kazdin, 1996; Marcelli, & Braconnier, 2005).

Outra das limitações prende-se com o facto de não existirem dados relativamente ao contexto escolar. O envolvimento de professores (e.g. diretor de turma) através da aplicação do *Brief Problem Monitor – Teacher* (BPM-T) seria importante para a comparação de informação entre contextos, e avaliação de problemas emocionais e de comportamento dos adolescentes.

Desta feita, seria importante, em estudos futuros, complementar estes dados com uma amostra mais alargada, com um maior número de momentos de monitorização e com a inclusão de dados relativos ao contexto escolar através do BPM-T.

Relativamente à perceção de bem-estar e satisfação com a vida, seria também importante obter respostas mais consistentes, de modo a poder analisar a evolução da trajetória dos participantes ao longo do processo de monitorização, podendo assim, à semelhança daquilo que foi feito, analisar esta trajetória à luz de sintomas específicos (internalização, problemas de atenção e externalização).

Tendo em conta a redução gradual do número de participantes ao longo deste estudo, e o facto de a bibliografia apontar para taxas de *drop out* entre 40 a 60% nestas faixas etárias (Kazdin, 1996; Boswell *et al.*, 2013), provavelmente associadas a uma perceção de falta de benefícios da intervenção e a uma ausência de monitorização regular do processo terapêutico (Kazdin, 1996; Boswell *et al.*, 2013), poderia ser interessante fazer uma análise mais detalhada sobre o tipo de intervenção e de trajetória dos adolescentes, atendendo ao tipo de problemas (internalização, atenção e externalização) e à perceção de bem-estar e satisfação com a vida, de modo a poder verificar qual o tipo de intervenção terapêutica com mais eficácia para cada um dos problemas. Uma vez que, a monitorização regular dos clientes permite aceder à eficácia da intervenção (Hall *et al.*, 2014) e efetuar uma avaliação da eficácia e da eficiência do terapeuta (McAleavey *et al.*, 2012).

Para além da avaliação constante dos problemas e adequação da intervenção a cada cliente (McAleavey *et al.*, 2012), esta monitorização regular permite também a deteção de pequenos progressos ao longo do processo terapêutico, que poderá tranquilizar os clientes mais céticos, e aumentar a aliança terapêutica existente (Boswell *et al.*, 2013).

Uma vez que o não comprometimento com a adesão ao processo de monitorização poderá também depender da aliança terapêutica estabelecida (Boswell *et al.*, 2013), poderia ser importante que investigações futuras contemplassem também esta componente como uma variável de estudo.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – Text Review* (5<sup>th</sup> Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Achenbach, T., McConaughy, S., Ivanova, M. & Rescorla, L. (2011). Manual for the ASEBA Brief Problem Monitor (BPM). *Research Center for Children, Youth, and Families*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. [et al.] (2014). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Abuín, M. R., & Rivera, L. (2014) La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clínica y Salud*, 25 (2), 131-141. doi:10.1016/j.clysa.2014.06.001
- Bastiaansen, D., Koot, H., Ferdinand, R. F., & Verhulst F. C. (2004). Quality of life in children with psychiatric disorders: Self, parent, and clinician report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; (43). 221–230.
- Bastiaansen, D., Koot, H., & Ferdinand, R. (2005). Determinants of quality of life in children with psychiatric disorders. *Quality of Life Research*, 14 (6), 1599–1612. doi:10.1007/s11136-004-7711-2
- Bauer, S., & Moessner, M. (2012). Technology-enhanced monitoring in psychotherapy and e-mental health. *Journal of Mental Health*, 21 (4), 355–363. doi:10.3109/09638237.2012.667886
- Berrios, G. E. (2012). Psicopatologia descritiva: Aspectos históricos e conceituais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15 (1), 171-196.
- Boswell, J., Kraus, D., Miller, S., & Lambert, M. (2013). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions.

*Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 1–14. doi:10.1080/10503307.2013.817696

- Carter, R., Golant, S. K., & Cade, K. E. (2014). Ao nosso alcance - Pôr fim à crise na saúde mental. Porto: ENCONTRAR+SE
- Dias, P., Carneiro, A., & Silva, A. (2010). Não há saúde sem saúde mental. In L., Campos, & L., Veríssimo (Org.), *Aprender a Educar: Guia para Pais e Educadores* (153-174). Gaia: Fundação Manuel Leão.
- Dias, P., & Lima, V. S. (2014). Avaliação psicológica clínica de crianças e adolescentes: Aspectos conceituais, empíricos e práticos In. Monteiro, P. (Coord.). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (45-58). Lisboa: Lidel
- Endicott, J., Nee, J., Yang, R., & Whollberg, C. (2006). Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q): Reliability and Validity. *Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (4), 401-407. doi:10.1097/01.chi.0000198590.38325.81
- Eiser, C., & Jenney, M. E. M. (1996). Measuring symptomatic benefit and quality of life in pediatric oncology. *British Journal of Cancer*, (73), 1313–16.
- Eiser, C, & Kopel, S. J. (1997). Children's perception of health and illness. In K.J. Petrie & J.A. Weinman, (Eds.), *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*. Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Freire, T., & Teixeira, A. (2014). Terapia cognitivo-comportamental: da Psicopatologia ao funcionamento ótimo de crianças e adolescentes In Monteiro, P. (coord.) *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. (475-494). Lisboa: Lidel
- Hall, C. [et al.] (2014). A qualitative process evaluation of electronic session-by-session outcome measurement in child and adolescent mental health services. *BMC Psychiatry*, 14 (1), 14-113. doi:10.1186/1471-244X-

- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy – Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychological Association*, 67 (3), 231–243. doi:10.1037/a0025957
- Kazdin, A. E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1 (1), 133–156. doi:10.1177/1359104596011012
- Kehoe, C. E., Havighurst, S. S., & Harley, A. E. (2015). Somatic complaints in early adolescence: The role of parents' emotion socialization. *The Journal of Early Adolescence*, 35 (7), 966–989. doi:10.1177/0272431614547052
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). Adolescência e psicopatologia. *Manuais Universitários*. 41(1). Lisboa: Climepsi Editores
- Matos, M., Gaspar, T., Tomé, G., & Cruz, J. (2012). Worries and well-being during childhood and adolescence. *Pakistan Journal of Clinical Psychology*. Lisboa
- McAleavey, A., Nordberg, S., Kraus, D., & Gastonguay, L. (2012). Errors in treatment outcome monitoring: Implications for real-world psychotherapy. *Canadian Psychology*, 53 (2), 105-114. doi:10.1037/a0027833.
- Oliveira, M., Dias, P., Gonçalves, M., & Machado, B. (2008). Questionário Pediátrico de Bem-Estar, Satisfação e Qualidade de Vida (QPBSQ): Estudo psicométrico com amostra não-clínica.
- Rapaport, M., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott J. (2005). Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, (162), 1171-1178.
- Sawyer, M. G., Whaites, L., Rey, J. M., Hazell, P. L., Graetz, B. W., & Baghurst, P. (2002). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; (41), 530–537.
- Sequeira, C., & Sá, L. (2010). Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental: II congresso Internacional da SPESM. *Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.

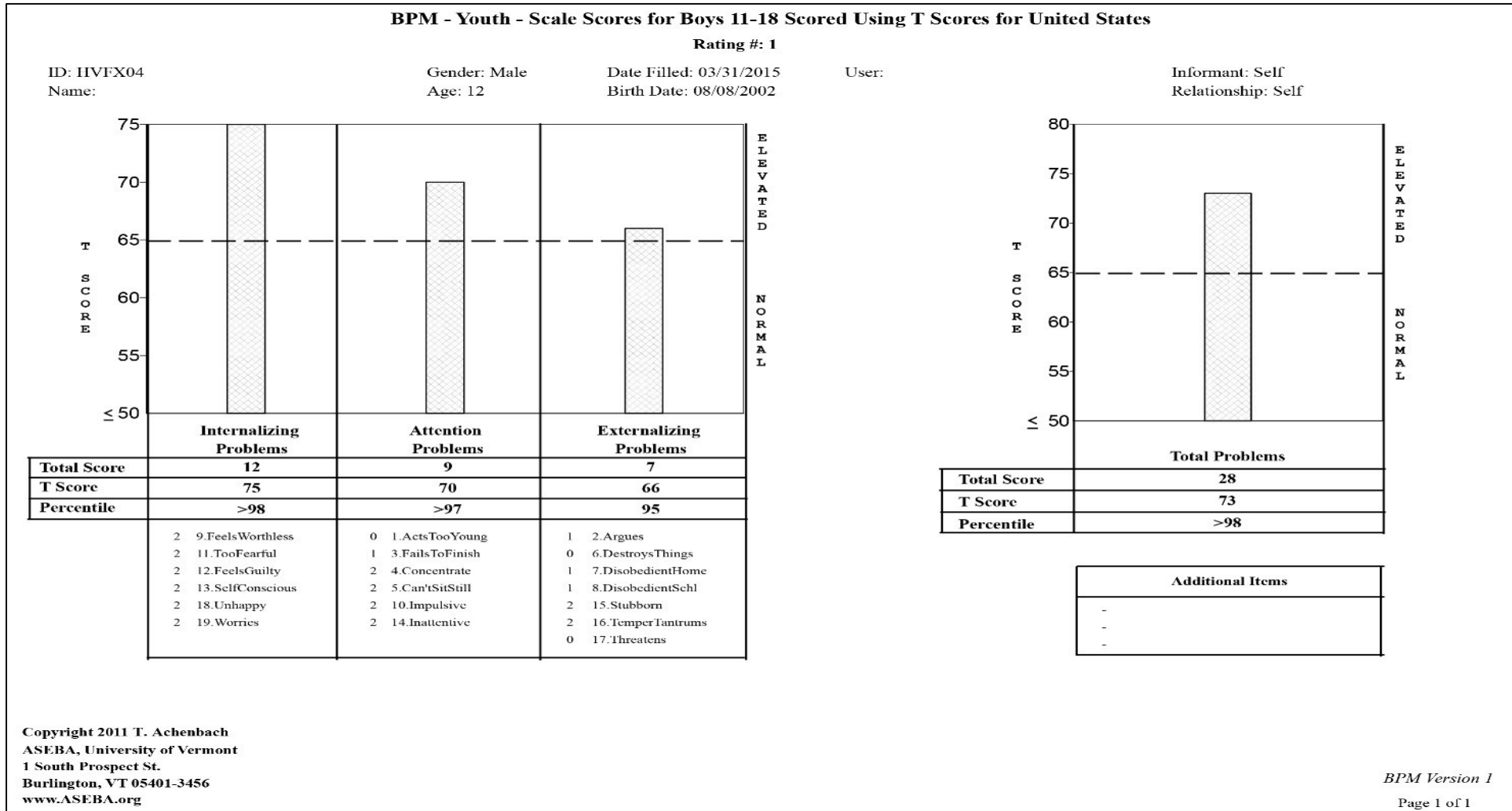
- Soeiro, D. (2014). Avaliação psicológica de crianças e adolescentes na prática clínica. In Monteiro, P. (coord.) *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. (31-44). Lisboa: Lidel
- Spitzer, R. L. [et al.] (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. *Journal of the American Medical Association*, (274), 1511–1517.
- Sprinthall, N. A., Collins, W. A. (2011). *Psicologia do adolescente - Uma abordagem desenvolvimentalista*. (5th ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Wathier, J. L., Dell’Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise factorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7 (1). (75-84).
- Weitkamp, K., Daniels, J., Romer, G., & Wiegand-Grefe, S. (2013). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11 (129). doi:10.1186/1477-7525-11-129
- World Health Organization (2005). *Mental Health Action Plan for Europe Facing the Challenges, Building Solutions*. Consultado em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf)
- World Health Organization (2008). *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Consultado em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/84623/E91921.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/84623/E91921.pdf).

## **Anexos**

### Brief Problem Monitor Graphs

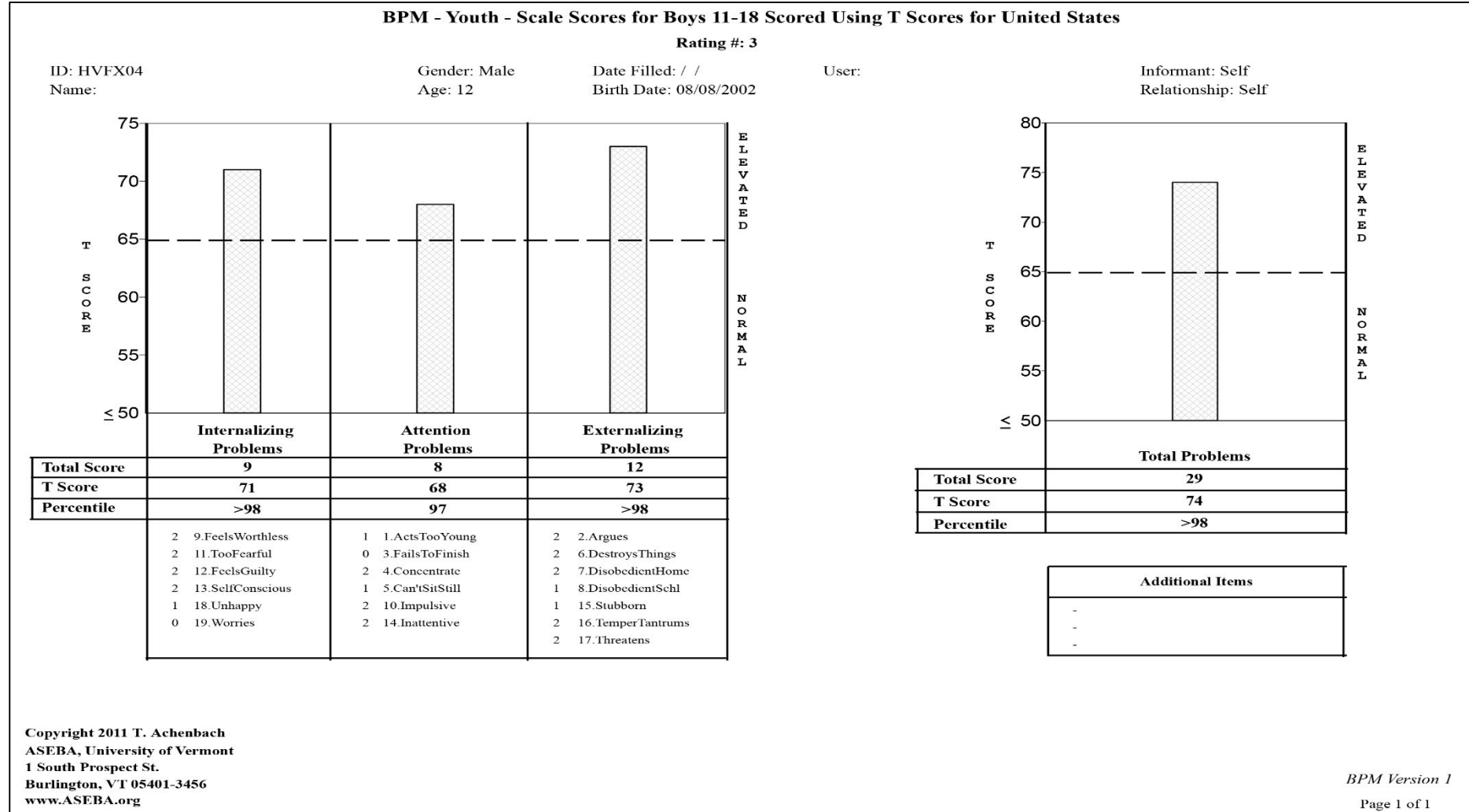
# Anexo 1

Gráficos BPM-Y da primeira sessão de monitorização, do caso HVFX04.



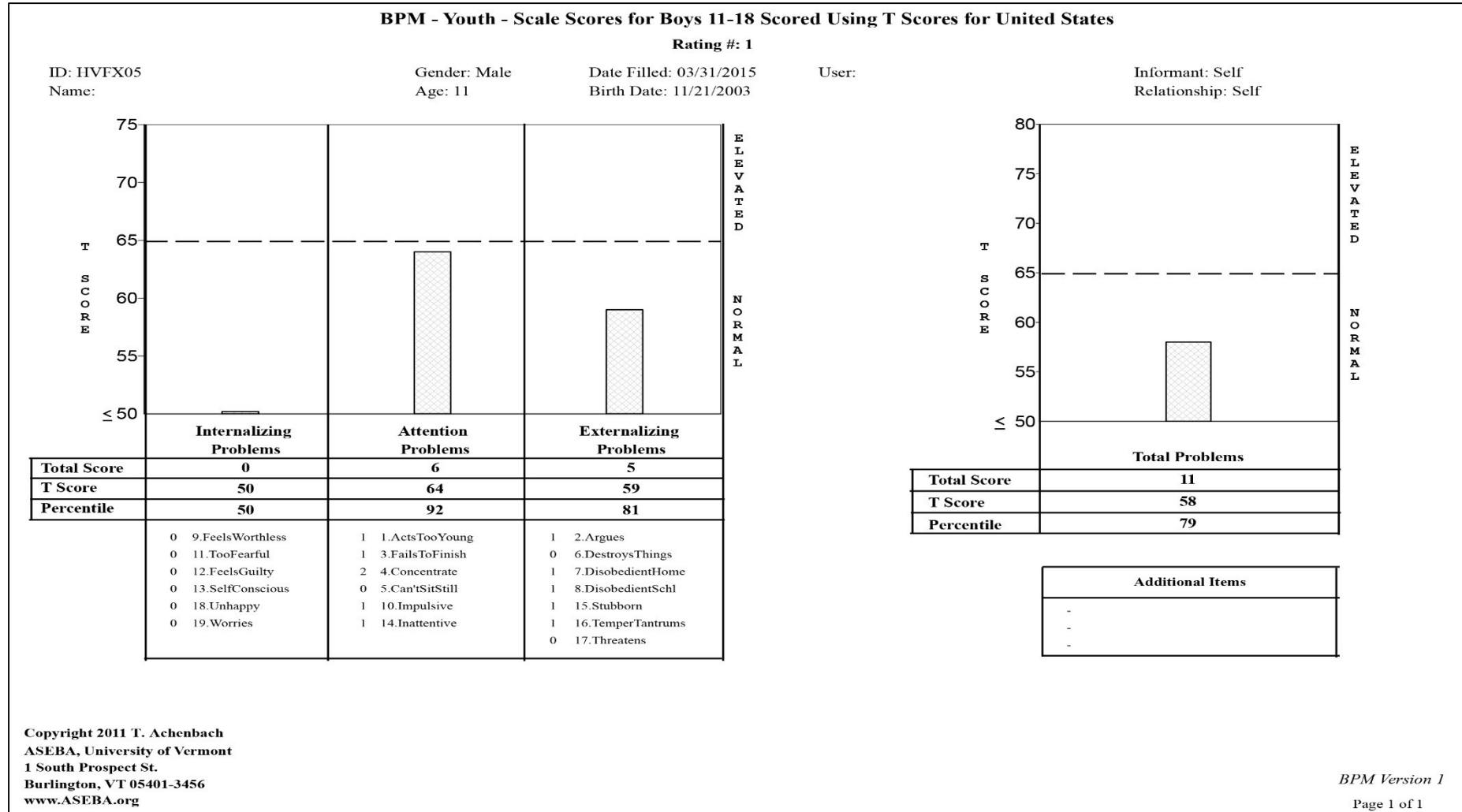
## Anexo 2

Gráficos BPM-Y da terceira sessão de monitorização, do caso HVFX04.



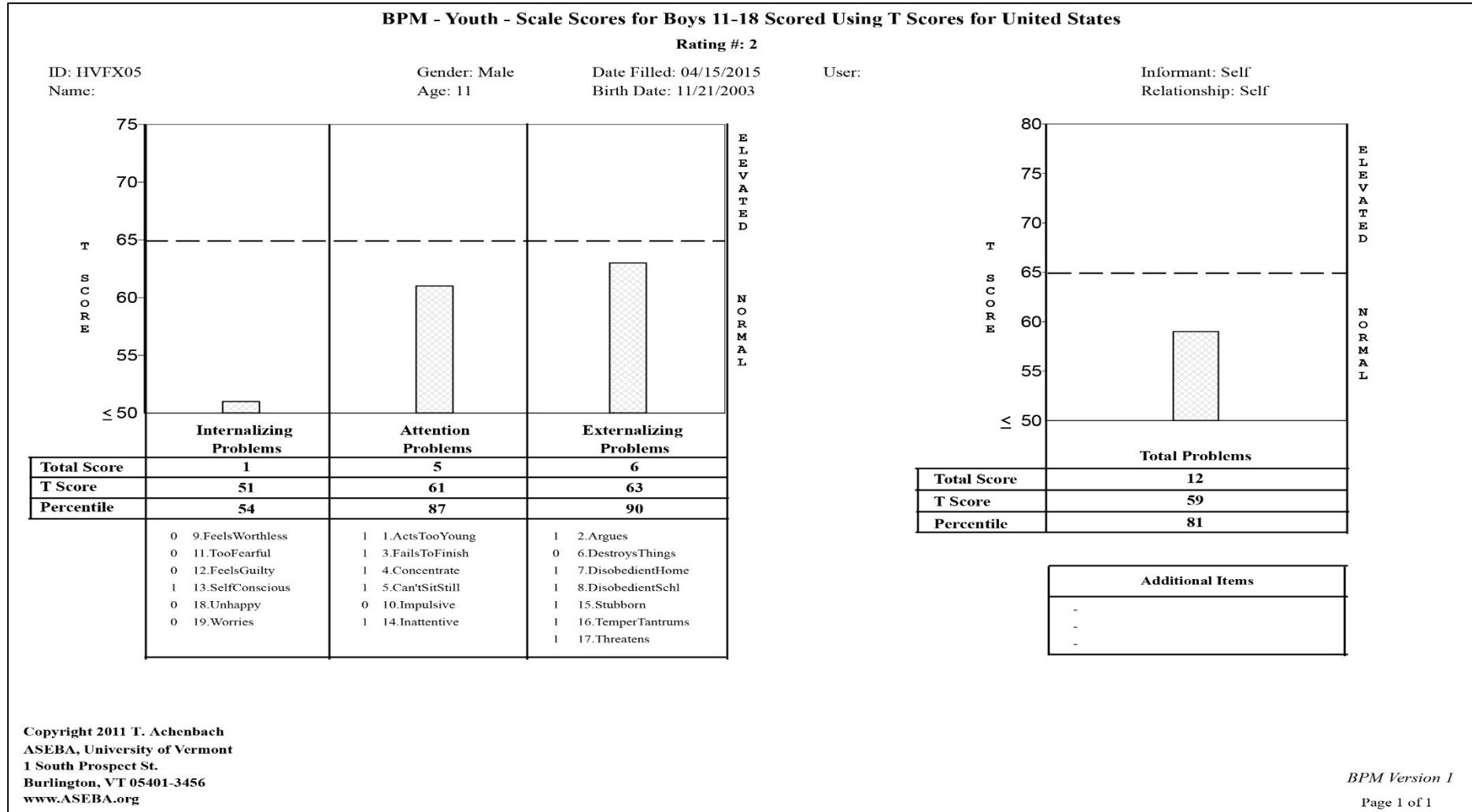
### Anexo 3

Gráficos BPM-Y da primeira sessão de monitorização, do caso HVFX05.



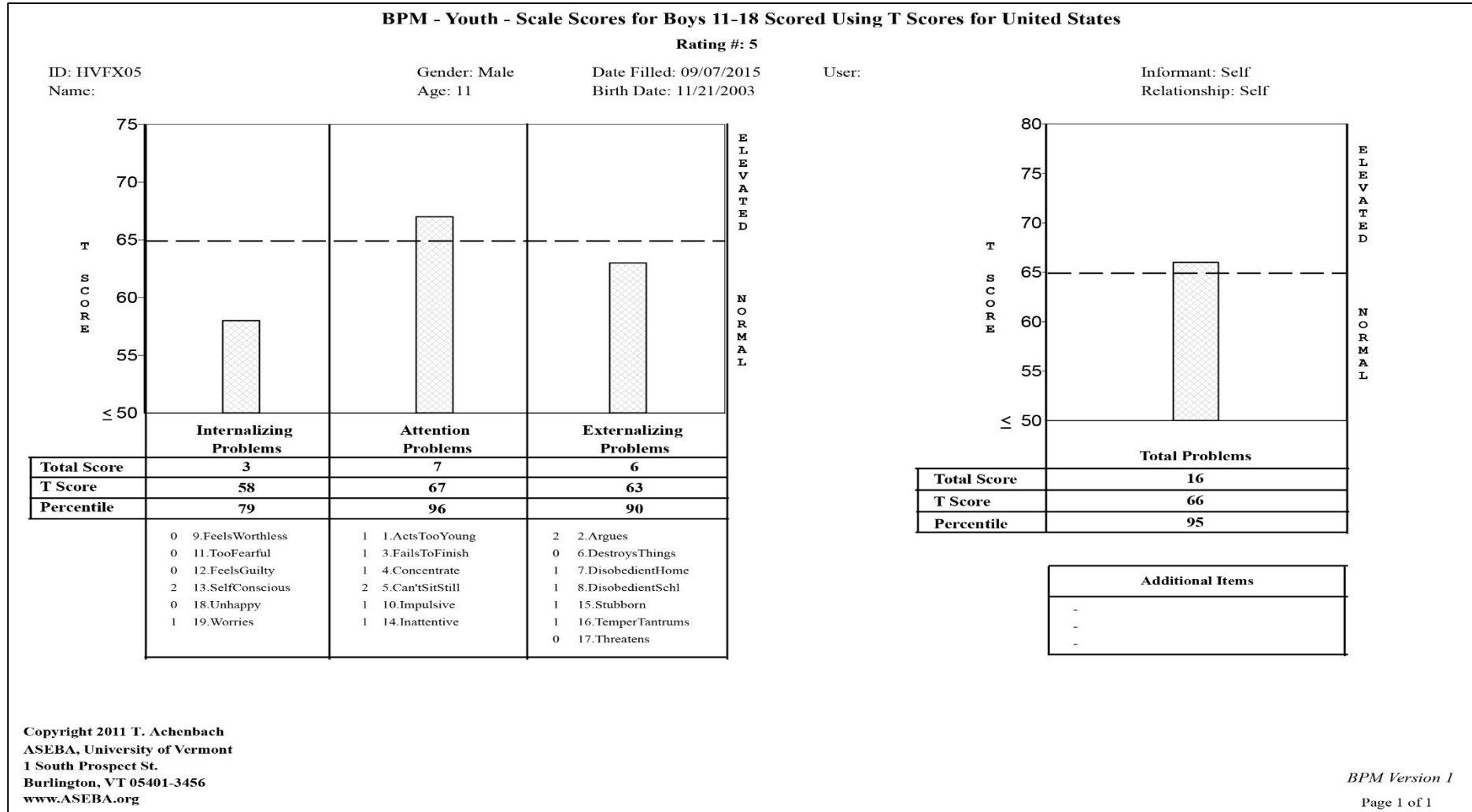
# Anexo 4

Gráficos BPM-Y da segunda sessão de monitorização, do caso HVFX05.



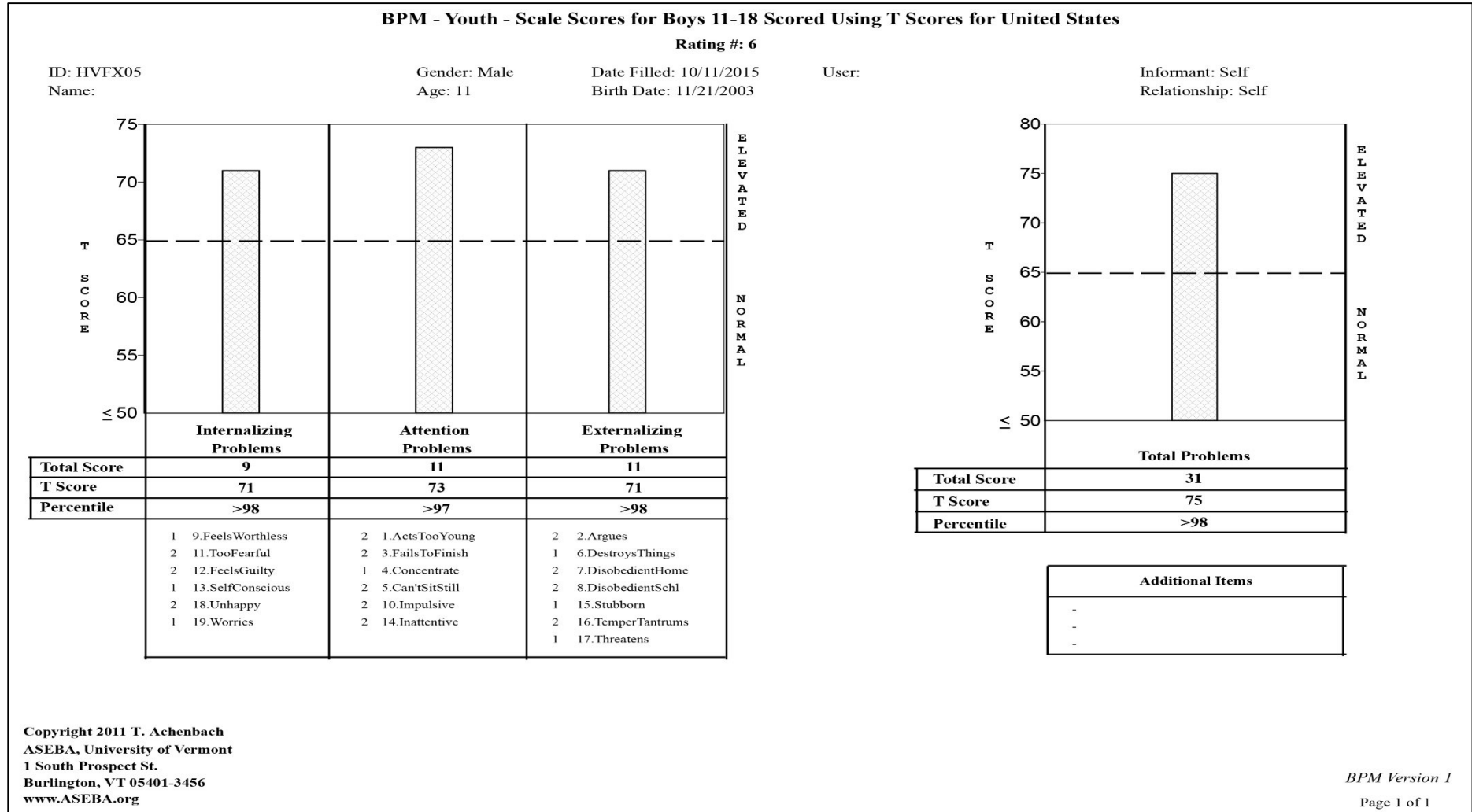
# Anexo 5

Gráficos BPM-Y da quinta sessão de monitorização, do caso HVFX05.



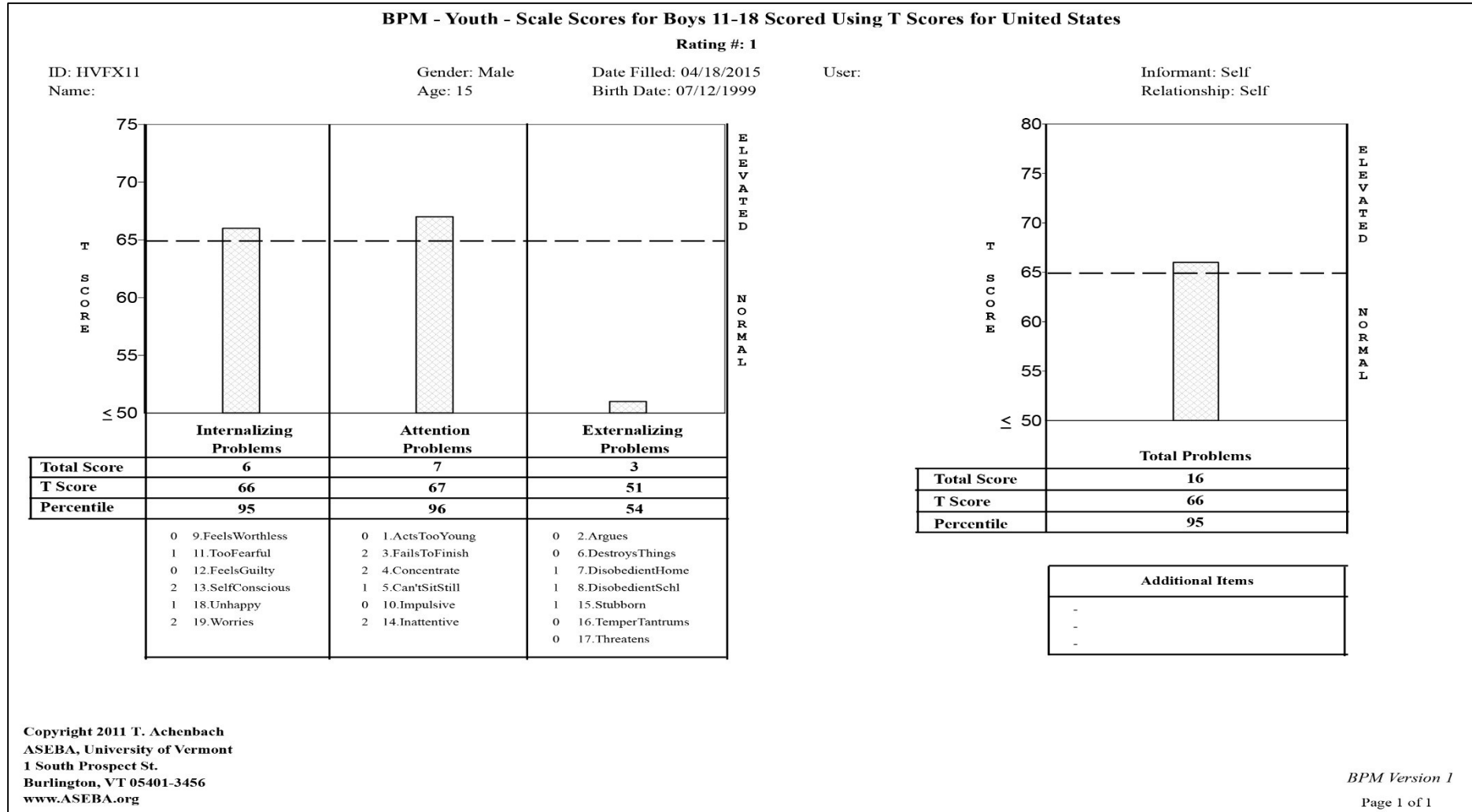
# Anexo 6

Gráficos BPM-Y da sexta sessão de monitorização, do caso HVFX05.



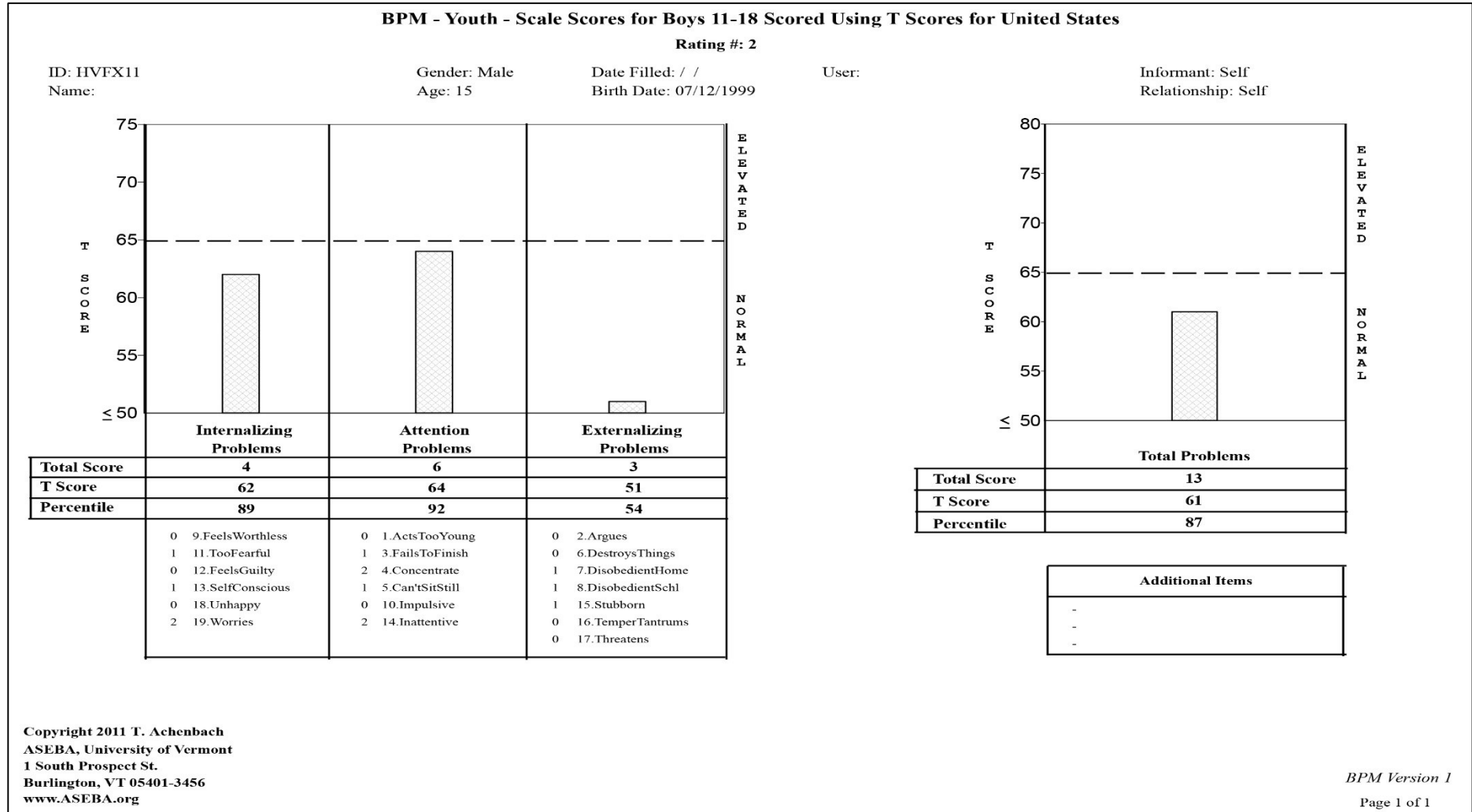
# Anexo 7

Gráficos BPM-Y da primeira sessão de monitorização, do caso HVFX11.



# Anexo 8

Gráficos BPM-Y da segunda sessão de monitorização, do caso HVFX11.



# Anexo 9

Gráficos BPM-Y da quarta sessão de monitorização, do caso HVFX11.

