



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

Acordo entre informadores na bateria
ASEBA, processos e resultados
terapêuticos em crianças e adolescentes:
Estudo exploratório numa clínica
universitária

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Joana Lage Henriques

Porto, julho de 2019



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

Acordo entre informadores na bateria ASEBA, processos e resultados terapêuticos em crianças e adolescentes: Estudo exploratório numa clínica universitária

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Joana Lage Henriques

Trabalho efetuado sob a orientação de
Prof. Doutora Alexandra Carneiro e Prof. Doutor Pedro Dias

Porto, julho de 2019

Agradecimentos

Neste espaço queria agradecer a todas as pessoas que me ajudaram na concretização deste trabalho, mas igualmente a todas as pessoas que me acompanharam e me ajudaram ao longo destes 5 anos!

Obrigada de coração aos meus orientadores, Professora Alexandra Carneiro e ao Professor Pedro Dias. Por todo o acompanhamento neste percurso e por toda a disponibilidade. Foi sem dúvida um orgulho muito grande ter tido a oportunidade de trabalhar com esta equipa, não podia ter pensado melhor. Obrigada por toda a ajuda, obrigada por descomplicaram muitas situações, mesmo perante as alturas de mais ansiedade. Acima de tudo obrigada por toda a disponibilidade. Não há palavras por agradecer toda a confiança, todas as aprendizagens e todo o profissionalismo! Obrigada por toda a boa disposição das reuniões e por tudo o que significou este caminho! Obrigada por me ajudaram a concretizar este trabalho! O meu sincero OBRIGADA!

Obrigada à minha Mãe e ao meu Pai, que de tudo fizeram para me apoiar e ajudar. Porque sem vocês nada teria sido possível. São das pessoas mais importantes e que me acompanharam desde inicio desta aventura, e que agora com muito orgulho vêm chegar ao fim. Obrigada é muito pouco para agradecer todo o apoio e por todos os apuros nesta aventura. Não há palavras para vos agradecer, por ouvirem as conquistas, inseguranças, medos, alegrias e por todo o carinho. Porque sempre foram o meu porto seguro, que sabia que podia contar. Obrigada por todo o apoio incondicional e por me apoiarem sempre nas minhas escolhas. Agradeço acima de tudo, a oportunidade que me deram por em ter realizado o meu percurso académico nesta faculdade. Obrigada por serem as melhores pessoas do mundo!!

À Bipa, por teres sido a melhor irmã mesmo em alturas mais complicadas. Mas também por festejares comigo todos os sucessos deste grande caminho. Porque sei que foi complicado para ti também, por teres de ouvir os meus desabafos e preocupações - mas que muito espontaneamente tornavas as situações mais simples. Porque sei que estarás sempre comigo, neta aventura e nas próximas! Serás sempre a minha pequenina.

Um obrigada especial à Carolina, à Sara que foram amigas muito especiais, que estiveram comigo ao longo deste caminho de 5 anos e que agora termina. Não tenho palavras suficientes para agradecer tudo o que fizeram ao longo destes anos, e por estarem em todas as

alturas! O importante é que sabia que podia contar verdadeiramente com vocês. Juntas conseguimos e também graças a vocês tudo correu melhor do que poderia ter pensado! Obrigada por terem tornado esta concretização e estes anos melhores do que alguma vez poderia ter imaginado. Isto não teria sido possível sem vocês. Sarinha, meu amolento preferido da sorte, verdadeiramente não sabia como tudo teria sido sem ti! Obrigada por todos estes anos, obrigada por me ajudares em tudo. Por alguma razão eras o meu contacto em caso de emergência, obrigada por todas as conversas infindáveis (que nós bem sabemos!), por todas as gargalhas e porque no fundo somos a prova que duas pessoas ansiosas juntas gera menos ansiedade!! Carol, porque contigo até nos momentos mais difíceis e complicados conseguias que parecessem simples. Obrigada pela visão simples e realista das coisas, obrigada por todas as conversas e telefonemas intermináveis, porque todas as gargalhadas e por toda a confiança e boa disposição. Por toda a paciência e amizade, obrigada por também fazes isto possível. Obrigada por seres o meu contacto SOS (sempre muito bem usado!), obrigada por toda a confiança e obrigada pela amizade! Obrigada por me pões a sorrir em todas as ocasiões! Obrigada por todo o carinho ao longo destes anos. Independente de tudo, sei que continuaremos sempre juntas. Obrigada por terem feito estes anos melhores do que inicialmente tinha pensado!

Porque o caminho é um percurso que se constrói, não podia dizer de agradecer a toda a equipa da FEP_UCP. Obrigada a todos os professores por todas as aprendizagens e por terem proporcionado um maior crescimento profissional e pessoal. Obrigada a todos os professores e terapeutas que se disponibilizaram a contribuir para o presente estudo.

A toda a minha família, que me apoiou muito durante este caminho. Por toda a compreensão. Mas por terem sido os primeiros a dizer que esta era a melhor escolha e por terem acreditado em mim primeiro do que eu.

Obrigada a todos os meus amigos, que se torna complicado discriminar um a um, que se foram juntando neste percurso, obrigada a todos vocês que me ajudaram e que partilhei momentos alegria, medo, tristeza e surpresa. Obrigada a todos vocês por tudo!

Por fim mas não menos importante, obrigada a todas as pessoas que estiveram envolvidas, direta ou indiretamente, neste caminho. Obrigada por todo o apoio, compreensão e ajuda!

Não podia deixar de agradecer à minha generosa Avó Mimi e ao meu grande Avô Berto, também é vossa esta conquista. Obrigada por terem sido as minhas estrelinhas da sorte que andaram sempre comigo e que me guiaram e que me guiarão para sempre. Tenho a certeza que teriam muito orgulho neste momento e também sei que estiveram sempre presentes em toda esta aventura. Obrigada por serem as minhas estrelinhas mais importantes!

“Eu não preciso de ti. Tu não precisas de mim. Mas, se tu me cativares, e se eu te cativar... Ambos precisaremos um do outro. Só conhecemos bem as coisas que cativamos. Tu tornas-te eternamente responsável por aquilo que cativas!”

(Antoine de Saint-Exupéry)

***Porque todos nós precisamos sempre de alguém,
Obrigada a todos do fundo do coração!***

Resumo

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar a associação entre o acordo entre informadores, na bateria ASEBA, variáveis sociodemográficas e clínicas e variáveis de processo e resultado terapêutico numa amostra clínica de crianças e adolescentes em idade escolar.

A amostra foi constituída por 39 crianças e adolescentes entre os 6 e os 14 anos. No presente estudo foram considerados os seguintes instrumentos: Ficha de Pedido de Consulta, Ficha de Processo e Child Behavior Checklist 6-18.

De forma geral, os resultados permitiram concluir que os níveis de acordo entre informadores parecem ser maiores nos problemas de Externalização do que nos problemas de Internalização e Total de Problemas. Verificou-se ausência de diferenças nos níveis de acordo entre informadores em função de variáveis sociodemográficas, e os resultados permitiram constatar que as dimensões da aliança terapêutica são dinâmicas entre si. Complementarmente, o estado do processo, a percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção e o acordo entre informadores estão associados às dimensões da aliança terapêutica. Verificou-se que a percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção encontra-se associada ao estado do processo. Não se verificaram associações significativas entre o acordo entre informadores e o estado do processo e estas com o sucesso da intervenção.

Palavras-Chave: Acordo entre Informadores; Processo Terapêutico; Resultados Terapêuticos; Crianças e Adolescentes; CBCL

Abstract

The main goal of the present study was to evaluate the association between the cross-informant agreement in ASEBA battery and process variables and therapeutic outcome in a clinical sample of school aged children and adolescents.

The group of participants included 39 participants aged between 6 and 14 years old. For this study, the following instruments were considered: Form to request psychology services, Form to collect information on therapeutic process, and Child Behavior Checklist 6-18.

In general, the results allowed to conclude that the levels of cross-informant agreement are higher for Externalizing Problems than for Internalization Problems and Total Problems. There were no differences in cross-informant agreement levels between respondents regarding sociodemographic variables, and the results showed that therapeutic alliance dimensions are associated to each other. Furthermore, process status (finalized *vs* dropout), therapist's perception of the success of intervention and the agreement between informants are associated with the therapeutic alliance dimensions. It was possible to verify that therapist's perception of success of the intervention is associated to the process status. There were no significant associations among the agreement between informants and the process status and these with the success of intervention.

Keywords: Cross-informant agreement; Therapeutic Process; Therapeutic Results; Children and Adolescents; CBCL

Índice

Lista de Abreviaturas	ix
Lista de tabelas	x
Introdução.....	1
Acordo entre informadores	2
Processo e resultados terapêuticos.....	6
Método	9
Instrumentos	10
Ficha de Pedido de Consulta.....	10
Ficha de processo	11
Child Behavior Checklist 6-18.....	11
Procedimentos de Recolha de Dados.....	12
Procedimentos de análise de dados	12
Resultados	13
Discussão.....	23
Referências bibliográficas	30

Lista de Abreviaturas

ASEBA - The Achenbach System of Empirically Based Assessment

CBCL 6-18 – Child Behavior Checklist 6-18

Lista de tabelas

Tabela 1. Descritivos dos dados dos processos psicoterapêuticos

Tabela 2. Acordo entre informadores (Mãe X Pai)

Tabela 3. Diferenças ao nível do acordo entre informadores em função: sexo, idade, estado civil dos pais, estado do processo e se criança/adolescente tem ou não irmãos

Tabela 4. Descrição das dimensões da aliança terapêutica e do sucesso da intervenção

Tabela 5. Relação entre as dimensões da aliança terapêutica, estado do processo, percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção e o acordo entre informadores

Introdução

A necessidade de associar informações de múltiplos informadores impõe-se como essencial no processo terapêutico de crianças e adolescentes, sendo esta uma das estratégias de avaliação psicológica de crianças e adolescentes mais comuns e que poderá ser realizada recorrendo a baterias de provas de banda larga como *The Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA; Achenbach, 2001; versão portuguesa Achenbach *et al.*, 2014). Este tipo de prática é verdadeiramente importante, pois permite uma contextualização abrangente e coerente da forma de funcionamento da criança ou do adolescente nos seus múltiplos contextos. Apesar das múltiplas vantagens, existe algumas dificuldades em realizar a integração das informações provenientes dos múltiplos informadores. A literatura tem corroborando a existência de variação nos níveis de acordo, acrescentando que é frequente em avaliações de criança e adolescentes existir o baixo nível de acordo entre informadores (Achenbach, 2011, De Los Reyes, Salas, Menzer, & Daruwala, 2013)

A revisão da literatura sobre esta temática permitiu identificar algumas lacunas na investigação, remetendo, para a necessidade de mais estudo com amostras clínicas, a necessidade de explorar mais variáveis de carácter familiar e a necessidade de compreender melhor as implicações dos níveis de acordo no sucesso das intervenções (De Los Reyes, & Kazdin, 2005; Goolsby, Rich, Hinnant, Habayeb, Berghorst, De Los Reyes, & Alvord, 2018). Assim, no âmbito de um processo terapêutico com crianças e adolescentes é necessário atender a estas especificidades, não apenas na avaliação como na intervenção. Transversal a todo o processo terapêutico salienta-se o papel fulcral da aliança terapêutica para o sucesso do processo psicoterapêutico. De modo semelhante aos adultos, o processo terapêutico pode ter como desfecho a finalização ou o *dropout*. É necessário referir que, apesar do reconhecimento da importância da aliança terapêutica verifica-se um número diminuído de estudos sobre esta variável em crianças e adolescentes (Accurso & Garland, 2015; Zack, Castonguay, Boswell, McAleavey, Adelman, Kraus, & Pate, 2015), justificando, assim, a pertinência a inclusão da referida variável na presente investigação.

Tendo em consideração a escassa literatura, o presente estudo adota um caráter exploratório com diferentes variáveis (sociodemográficas, clínicas e de processo), com o objetivo de avaliar a associação entre o acordo entre informadores (mãe e pai), na bateria ASEBA, e variáveis de processo e resultado terapêutico numa amostra clínica de crianças e adolescentes em idade escolar. Possibilitando por um lado, explorar o acordo entre

informadores e as suas implicações para o processo terapêutico, e por outro analisar a relação entre variáveis de processo, estado do processo e o acordo entre informadores.

Enquadramento teórico

Acordo entre informadores

A avaliação psicológica de crianças e adolescentes, segundo Dias e Lima (2014), deve considerar não só a recolha de informação sobre as áreas problemáticas mas também de competências, devendo, para tal, recorrer à utilização de vários instrumentos de avaliação bem como a diferentes informadores. Deste modo, uma das estratégias de avaliação psicológica de crianças e adolescentes poderá ser a utilização de instrumentos de banda larga. Segundo os mesmos autores, para responder às múltiplas dimensões (avaliação de problemas emocionais e comportamentais e de competências, com recurso a múltiplos informadores) de uma avaliação de banda larga, um dos instrumentos que possibilita este tipo de avaliação é a bateria *The Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA; Achenbach, 2001; versão portuguesa Achenbach, *et al.*, 2014). Esta bateria de provas é adequada à avaliação de problemas emocionais e de comportamento, bem como de competências em crianças e adolescentes entre os 18 meses e os 18 anos de idade. O sistema de avaliação referido permite fazer uma avaliação abrangente através do relato de diferentes informadores em diferentes contextos, sendo assim considerado um instrumento privilegiado e essencial, pois possibilita a avaliação de psicopatologia integrando múltiplos informadores em vários contextos (Dias & Lima, 2014; Achenbach *et al.*, 2014). Neste seguimento e segundo Merrell (2008), considera-se que a maioria da informação recolhida sobre os problemas das crianças e adolescentes deve resultar do contacto destes com múltiplos informadores, em variados contextos, e também da utilização de diferentes instrumentos de avaliação.

De forma global, a recolha de informação recorrendo a múltiplos informadores (Achenbach, 2011; Kraemer, Measelle, Ablow, Essex, Boyce, & Kupfer, 2003; Offord, Boyle, Racine, Szatmari, Fleming, Sanford, & Lipman, 1996) tem como objetivo principal fazer uma integração da informação de forma a alcançar um retrato abrangente e coerente da forma de funcionamento da criança em diversos contextos. Mais ainda, permite a integração de perspetivas distintas, na medida em que estes informadores observam e interagem com as crianças e adolescentes em contextos diferentes (Achenbach, 2011; Bird, Gould, & Staghezza, 1992; Mitsis, McKay, Schulz, Newcorn, & Halperin, 2000; Renk, 2005). Apesar de as informações de múltiplos informadores poderem ser úteis, não só para o diagnóstico, mas

também para a identificação de áreas passíveis de intervenção, também os benefícios bem como as dificuldades de conciliar múltiplas informações têm sido cada vez mais sublinhados na investigação e na prática clínica como sendo de maior importância, sobretudo na avaliação de crianças e adolescentes (De Los Reyes *et al.*, Renk, 2005).

Assim, a importância do estudo das variações do acordo é justificado pela falta de um “*Gold Standard*” para avaliar a psicopatologia em crianças e adolescentes (Achenbach, 2006, Glaser, Calhoun, Bradshaw, Bates, & Socherman, 2001), o que por si só remete para a necessidade de integrar múltiplos informadores e, desta forma, diferentes contextos, o que vai implicar, por sua vez, diferentes percepções do comportamento, da expressão emocional e competências de uma determinada criança ou adolescentes (Richters, 1992). Porém, esta recolha de informação pode apresentar algumas divergências no nível de acordo entre as percepções dos diferentes informadores acerca do comportamento da criança (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987). Perante essa situação, Achenbach e colaboradores (1987) referem que é importante preservar as distintas contribuições dos diferentes informadores, mesmo que o nível de acordo não seja semelhante entre eles.

De acordo com Goolsby e colaboradores (2018), os informadores mais frequentemente consultados são as mães, os pais, os professores, o próprio terapeuta, bem como as próprias crianças. Neste contexto, os pais constituem-se informadores essenciais e a melhor fonte para obter informações, seja de cariz desenvolvimental, história de vida, história do problema, ou para ajudar a identificar possíveis acontecimentos que possam influenciar o comportamento (Achenbach, Howell, Quay, & Conners, 1991; Herrera & Little, 2005).

Achenbach e colaboradores (1991) referem que os professores adotam um papel importante por observar a criança no contexto escolar. Estes podem observar a criança nas suas relações interpessoais, permitindo assim ter contacto com os seus comportamentos sociais (Milfort & Greenfield, 2002). Segundo Verhulst e Akkerhuis (1989) adiciona-se a possibilidade de reportar possíveis problemas não só de nível social, mas também académico, mais facilmente que os pais.

No que diz respeito às contribuições das crianças e adolescentes, estas parecem ser os melhores informadores para problemas de internalização (Moretti, Fine, Haley & Marriage, 1985). Como verificado pelos autores Cytryn e McKnew (1980), as crianças e adolescentes parecem ocupar uma posição privilegiada para descrever suas experiências mais internas.

A literatura aponta a existência de variação no acordo entre informadores, sendo comumente referidos níveis mais altos e mais baixos de acordo entre os pares de

informadores, para caracterizar as diferenças ou semelhanças entre as informações reportadas pelos informadores (De Los Reyes, Salas, Menzer, & Daruwala, 2013).

Numa meta-análise, Achenbach e colaboradores (1987), com recurso à análise de resultados de 11 estudos, com crianças e adolescentes entre os 2 anos e os 18 anos, compararam o acordo entre informadores (mãe, pai e professor) no que respeita à sinalização de problemas emocionais e de comportamento. Esses resultados mostraram que observar a criança no mesmo contexto, por exemplo em casa, reflete uma maior concordância (Achenbach *et al.*, 1987, Achenbach, 2006), tendo sido também verificados níveis de acordo mais elevados entre mãe e pai ($r = .59$) do que entre pais e professores ($r = .27$) (De Los Reyes & Kardin, 2005).

Assim, estas variações no acordo entre informadores podem indiciar que o comportamento da criança ou do adolescente pode ser diferente consoante o contexto (e.g., a criança/adolescente pode demonstrar um comportamento desafiante na escola e não em casa) (Achenbach, 2006; De Los Reyes & Kazdin, 2005). Kolko e Kazdin (1993) referem que os níveis de acordo tendem a ser superiores em amostras clínicas, quando comparadas com amostras da comunidade. Os mesmos autores justificam pelo facto de que os problemas apresentados na amostra clínica tenderem a ser mais graves, pelo que poderão ser exibidos em diferentes contextos e assim mais facilmente identificados pelos diferentes informadores.

Os estudos (cf. Achenbach *et al.*, 1987; Berg-Nielsen, De Los Reyes *et al.*, 2015) Huang, 2017; Solheim, Belsky, & Wichstrom, 2012), têm sido claros quanto à existência de fatores que podem influenciar o acordo entre informadores, não sendo estes apenas características dos contextos, como também dos informadores e da própria criança/adolescente.

Quanto às características dos informadores, tem sido sublinhada a importância da psicopatologia parental, como possível variável de influência nos níveis de acordo (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Deste modo, a literatura aponta que a existência de psicopatologia parental (e.g., depressão e ansiedade) pode estar relacionada com níveis mais baixos de acordo entre pais e filhos (Youngstrom, Loebe, & Stouthamer-Loeber, 2000).

No que diz respeito às características da criança, têm sido estudadas variáveis tais como, o sexo, a idade, e a natureza do problema. Em relação à variável sexo, alguns estudos observaram que o acordo é maior quando os problemas são apresentados por rapazes (Berg-Nielsen *et al.*, 2012; Schroeder, Hood & Hughes, 2010), podendo tal ser explicado pelo fato de os rapazes apresentarem maioritariamente mais problemas de externalização do que as raparigas (Rescorla *et al.*, 2012). Porém, a literatura não é consistente, isto é, há dados

discrepantes em relação à influência desta variável. Existem estudos que suportam a não ocorrência da influência da variável sexo nos níveis de acordo (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Grills & Ollendick, 2003) e outros estudos, como o de Huang (2017), que sustentam a existência de influência da variável gênero nos níveis de acordo. Relativamente à variável idade, a literatura não é consensual, existindo literatura com resultados que confirmam que não existe diferenças do acordo entre informadores em relação ao sexo (Choudhury, Pimentel, & Kendall, 2003; Engel, Rodrigue, & Geffken, 1994). Tal é demonstrado num estudo de Choudhury, Pimentel, & Kendall (2003), com uma amostra de 45 crianças entre os 7 e os 14 anos onde concluíram não haver diferenças do acordo em função do sexo da criança e do adolescente. Porém numa meta-análise de Achenbach e colaboradores (1987) foi encontrado que, em crianças mais novas o acordo era maior ($r = .51$) do que em crianças mais velhas ($r = .41$) (6-11 anos vs 12-19 anos). De forma distinta a estes resultados apresentados, existem estudos em que referem que o acordo é superior em crianças/jovens mais velhos ($r = .43$) em comparação com os mais novos ($r = .28$), como comprovou o estudo de Grill & Ollendick (2003) com uma amostra de 165 crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos.

No que se refere à natureza do problema, De Los Reyes e colaboradores (2015), referem que existem níveis de acordo maiores quando os comportamentos ou preocupações são observáveis, do que quando são de natureza mais interna. Em geral, o nível de acordo parece ser superior nos problemas de externalização ($r = .58$) do que nos problemas de internalização ($r = .48$) (Achenbach *et al.*, 1987; De Los Reyes *et al.*, 2015; Stanger & Lewis, 1993; Yeh & Weisz, 2001).

Para além do estudo das variáveis que parecem ter influência no acordo entre informadores, a literatura também se tem debruçado sobre a importância do acordo para a eficácia da intervenção. Goolsby e colaboradores (2018) sublinharam a escassez de literatura sobre o impacto dos níveis de acordo entre informadores na eficácia das intervenções psicoterapêuticas. Um outro contributo de Brookman-Frazee e colaboradores (2008) indica que a falta de acordo sobre a necessidade de intervenção é um forte preditor para um menor sucesso de intervenção. Estes resultados são justificados pelos autores com a ideia de que se os pais ou a criança não acreditarem que determinado comportamento necessita de intervenção (menor acordo), então poderão estar menos motivados e consequentemente haverá menor envolvimento no processo terapêutico.

Numa lógica de perceber a influência do acordo no processo de intervenção, torna-se igualmente fundamental acrescentar outras contribuições do estudo de Goolsby e

colaboradores (2018), na medida em que estes autores utilizaram uma amostra clínica, de crianças de 7 aos 12 anos de idade, com diagnósticos heterogêneos, a frequentar uma intervenção psicoterapêutica de grupo destinado a aumentar a competência social. Como conclusão, estes autores referem que, a níveis mais baixos de acordo entre pais e filhos em relação às competências sociais, estava relacionada com um pior resultado da intervenção. Assim, estes resultados sugerem que a concordância entre pais e filhos poderá estar associada a um maior sucesso do processo terapêutico.

De forma complementar, num estudo desenvolvido por Ferdinand, Ende, e Verhulst (2004), também como objetivo explorar o impacto dos níveis de acordo entre pais e filhos e os resultados terapêuticos em adolescentes. Com uma amostra clínica de 636 adolescentes (307 rapazes e 329 raparigas) entre os 15 e os 18 anos, e os respetivos pais, foi realizada a administração da CBCL e da YSR para idade escolar e houve posteriormente um momento de *follow-up* passado 4 anos. A principal conclusão do estudo foi de que menores níveis de acordo entre filhos e pais estava relacionado com menos sucesso nos resultados terapêuticos. O que vai de encontro com os resultados do estudo de Kendall, Panichelli Mindel, Sugarman, e Callahan (1997), que verificaram que os níveis de acordo mais baixos entre pais e filhos se relacionavam com resultados de intervenção mais morosos em crianças com problemas de ansiedade.

Para além das variáveis apresentadas, existem outras que necessitam de mais estudos, como por exemplo variáveis de carácter familiar e resultados de sucesso da intervenção (Goolsby *et al.*, 2018). Em suma, avaliar as dificuldades das crianças e adolescentes através de múltiplos informadores constitui-se uma prática recomendada na atividade clínica (Achenbach *et al.* 1987; De Los Reyes & Kazdin 2005; Mash & Hunsley, 2007; Renk, 2005). Assim, estas variações no nível de acordo entre informadores ocorrem com frequência e têm múltiplas implicações práticas, como sejam na avaliação e intervenção psicoterapêutica, podendo produzir impacto no desfecho do processo terapêutico com crianças e adolescentes (De Los Reyes, Alfano, & Beidel, 2010).

Processo e resultados terapêuticos

Contrariamente aos adultos, no que diz respeito às crianças e adolescentes, a decisão de iniciar um processo terapêutico fica, frequentemente, a cargo dos pais ou professores/educadores e não do próprio (Stanger & Lewis, 1993).

Nos processos terapêuticos com crianças e adolescentes existem algumas especificidades a ter em consideração. Isto é, existe a necessidade de múltiplas fontes de

informação e da possibilidade da integração de diversos intervenientes nos processos de crianças e adolescentes. Segundo Hawley e Weisz (2003) os terapeutas têm de considerar, não só as preocupações da criança, mas também as dos pais. Porém, muitas vezes é desafiante conseguir encontrar um consenso entre ambos, pois frequentemente apresentam perspectivas diferentes.

Segundo Conte e Regra (2000), é comum que exista uma primeira entrevista com os pais ou outros cuidadores da criança/adolescente, assim como, um momento com a criança ou com o adolescente. Para além destes informadores, ao longo do processo, pode ser pertinente introduzir outros intervenientes, como professores ou outros profissionais que acompanham a criança ou o adolescente (e.g., terapeuta da fala, pedopsiquiatra, professor) ao longo do processo terapêutico.

Deste modo, um processo terapêutico pode ter como desfecho a finalização ou o *dropout*. Os processos finalizados são aqueles em que o processo terapêutico é terminado depois de os objetivos terapêuticos terem sido alcançados (Gastaud & Nunes, 2010). No entanto, segundo os autores Gastaud, e Nunes (2010) os processos por vezes são finalizados mas por uma decisão unilateralmente. Isto é, os pais podem decidir finalizar o processo e comunicam a decisão ao terapeuta. Deste modo, o processo pode ser terminado sem iniciativa do terapeuta.

Já a denominação *dropout* é utilizado para designar a não conclusão do processo terapêutico. Este pode ser descrito como um acontecimento em que o processo terapêutico é interrompido antes que os objetivos sejam cumpridos (Gastaud & Nunes, 2010). O *dropout* é caracterizado pela descontinuidade do processo sem o conhecimento prévio do terapeuta de tal finalização. De forma complementar Luk e colaboradores (2001) caracterizam o *dropout* como um acontecimento em que, após pelo menos um encontro com o terapeuta, a pessoa não compareceu às seguintes consultas sem aviso prévio, e não regressando de forma a dar continuidade ao processo. Porém, a definição de *dropout* não é consensual, para alguns autores o *dropout* é definido como a não comparência na primeira sessão (Maramba e Hall, 2002; Sales, 2003), o não comparecimento à última sessão (Fiester & Rudestam, 1975) ou ausência de continuidade do processo após a avaliação (Pelkonen *et al.*, 2000).

No que se refere aos processos finalizados, muitos estudos têm indicado que a qualidade da aliança terapêutica estabelecida entre o indivíduo e o terapeuta é o fator que mais expressivamente pode explicar o sucesso do processo terapêutico e com impacto significativo nos resultados (Deakin & Nunes, 2009; Hurley & McLeod, 2011; Pieta & Gomes, 2017; Van Ryzin, Lambert, & Stevens, 2015). Esta pode, assim, ser entendida como a qualidade da

interação desenrolada entre o cliente e o terapeuta no contexto do processo terapêutico, que vai contribuir para os resultados desse mesmo processo (Ribeiro, 2009).

Segundo Bordin (1979), podemos compreender a aliança terapêutica de acordo com um modelo constituído por três dimensões: objetivos, tarefas e relação. Os objetivos deverão ser acordados entre o cliente e o terapeuta, devendo-se procurar um apoio mútuo. As tarefas, contemplam as diferentes intervenções que deverão assentar num esforço colaborativo (cliente e terapeuta), que por sua vez originam o processo terapêutico. No que diz respeito à relação, é caracterizado por um processo de interação onde é necessário algum nível de confiança, confidencia e aceitação no decorrer do relacionamento terapêutico. As diferentes dimensões da aliança terapêutica interagem dinamicamente, de tal como que, o acordo sobre os objetivos do processo psicoterapêutico e o acordo sobre as tarefas do processo vão influenciar o tipo de relação que se mantém entre o cliente e o terapeuta, por sua vez o tipo de relação influencia a motivação para colaborar nos objetivos e tarefas da terapia. A literatura também tem indicado que, no caso de crianças e adolescentes, os valores elevados de aliança terapêutica estão também relacionados com uma maior satisfação com o processo terapêutico (Horvath, Del Rey, Flückiger, & Symonds, 2011).

Desta forma, percebe-se que a aliança é o aspeto central das intervenções e do processo terapêutico e o estabelecimento de uma boa aliança logo no início do tratamento é fundamental para o sucesso do processo psicoterapêutico (Horvath *et al.*, 2011). No entanto, apesar do reconhecimento da sua importância, verifica-se escassez de estudos sobre o papel da aliança terapêutica em crianças e adolescentes, sendo a maior parte da investigação centralizada em populações adultas (Accurso & Garland, 2015; Clark, 2013; Hurley *et al.*, 2015)

Em relação ao *dropout*, de acordo com Deakin e Nunes (2009), são vários os fatores que podem contribuir para o mesmo: 1) percepção por parte da criança ou adolescente/ família de que o processo psicoterapêutico não está a ser relevante; 2) aliança terapêutica mais frágil; e 3) problemas socioeconómicos. Contudo, e segundo os mesmos autores, a principal razão de *dropout* encontra-se mais relacionada com a família (e.g., motivação dos pais para o processo) e com fatores externos (e.g., a falta de tempo, dificuldades de transporte) (Deakin & Nunes, 2009; McAdoo & Roeske, 1973; Ross & Lacey, 1961). Isto é, as crianças e adolescentes não procuram estas intervenções por si próprias, dependem da motivação dos pais para o seu envolvimento no processo e da sua disponibilidade (e.g., transporte para as consultas e suporte do custo das mesmas) para a sua permanência no processo psicoterapêutico (Deakin & Nunes, 2009).

Adicionalmente, também Gould, Shaffer, e Kaplan, (1985), referem existir um consenso geral na literatura quanto à questão da motivação dos pais para o processo terapêutico. Parecendo, para estes autores ser um fator crucial e diferenciador entre o *dropout* (menos motivação parental) e os processos finalizados (mais motivação parental). Por esta razão, compreende-se a importância de uma boa aliança terapêutica igualmente com os pais (Deakin & Nunes, 2009).

Em suma, a necessidade de associar informações de múltiplos informadores impõem-se como essencial no processo terapêutico de crianças e adolescentes.

Justifica-se assim, o desenvolvimento de estudos mais recentes para determinar o impacto dos níveis de acordo nos resultados terapêutico (Goolsby *et al.*, 2018). Não esquecendo variáveis de processo e resultado que vão influenciar o processo terapêutico em crianças e adolescentes. É neste âmbito que este estudo pretende dar o seu contributo. Como já referido, este estudo pretendeu responder a algumas lacunas identificadas na literatura, nomeadamente com a introdução de variáveis de carácter familiar na sua relação, com os níveis de acordo, com a utilização de uma amostra clínica e também contribuir para a necessidade de compreender as implicações dos níveis de acordo no sucesso das intervenções. Não obstante, explorou a relação das diferentes dimensões da aliança no sucesso e estado do processo. O que se revela pertinente uma vez que, na literatura, existem mais estudos sobre importância da aliança terapêutica em adultos, comparativamente com crianças e adolescentes.

Nesta contextualização o objetivo geral do estudo é avaliar a associação entre o acordo entre informadores, na bateria ASEBA, variáveis sociodemográficas e clínicas e variáveis de processo e resultado terapêutico numa amostra clínica de crianças e adolescentes em idade escolar.

Método

Este estudo tem como objetivos específicos:

1. Caracterizar processos clínicos de crianças e adolescentes de uma Clínica Universitária de Psicologia;
2. Calcular o acordo entre informadores quanto aos problemas emocionais e de comportamento das crianças e adolescentes;

3. Examinar diferenças ao nível do acordo entre informadores em função de variáveis sociodemográficas (sexo, idade da criança ou adolescente e se tem irmãos e estado civil dos pais);
4. Explorar a percepção do terapeuta nas dimensões da aliança terapêutica e do sucesso da intervenção percebida pelo terapeuta;
5. Explorar a relação entre as dimensões da aliança terapêutica, o estado do processo, a percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção e o acordo entre informadores

Amostra

A amostra do estudo foi constituída por 39 crianças e adolescentes, 18 das quais (53.8%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 6 e os 14 anos, ($M = 9.90$; $DP = 2.35$). Todos os participantes frequentam a escola, sendo que 17 (43.6%) frequentam o 1º ciclo do ensino básico, 10 (25.6%) o 2º ciclo do ensino básico e 12 (30.8%) o 3º ciclo do ensino básico. 25 crianças e adolescentes têm irmãos, 12 (30.8%) ocupam a primeira posição na fratria, 9 (23.1%) a segunda posição da fratria, 2 (5.1%) a terceira posição na fratria, 1 (2.6%) quarta posição na fratria e 1 (2.6%) a quinta posição da fratria.

No que se refere aos pais, 28 (71.8%) são casados, 9 (23.1%) são divorciados e 2 (5.1%) vivem em união de facto. Quanto à caracterização do tipo de família, 30 (76.9%) são famílias tradicionais, 8 (20.5%) são famílias monoparentais e 1 (2.6%) é uma família reconstituída.

Instrumentos

No presente estudo foram utilizados três instrumentos: *Ficha de Pedido de Consulta*, *Ficha de Processo* e *Child Behavior Checklist 6-18* (CBCL 6-18, Achenbach, 2001; versão portuguesa Gonçalves, Dias, & Machado, 2014).

Ficha de Pedido de Consulta

A ficha de pedido de consulta é preenchida por quem pede uma primeira consulta para a criança ou adolescente. Esta ficha contempla dados sociodemográficos da criança ou adolescente, tais como: nome, idade, sexo, data de nascimento, com quem reside e se tem irmãos. Também contempla dados sobre a escola (nome da escola e ano de escolaridade que se encontram a frequentar), dados sociodemográficos relativos à mãe e pai/encarregado de

educação (nome, idade, estado civil, profissão) e se a criança/adolescente já teve acompanhamento psicológico prévio ou não.

Ficha de processo

A ficha de processo foi construída para o presente estudo, e inclui informações de dimensões relativas ao processo terapêutico, tais como: o número de sessões do processo, quem participou durante o processo, o diagnóstico (se existir), o motivo de pedido de consulta, número de desmarcações e o estado do processo (finalizado *vs dropout*)

Inclui ainda uma questão de resposta tipo *likert* relacionada com a percepção do terapeuta, no que respeita o sucesso da intervenção, em que 1 indica que não teve sucesso e 7 indica que teve sucesso total. Por fim, inclui três questões relacionadas com a avaliação que o terapeuta faz de três dimensões da aliança terapêutica: Relação, Tarefas e Objetivos. Os terapeutas devem cotar cada uma destas dimensões, focando-se no caso em avaliação, numa escala de tipo *likert* em que 1 reflete a pior relação/ acordo nas tarefas/ acordo sobre os objetivos que já teve com um cliente na sua experiência profissional e 10 corresponde à melhor relação/ acordo nas tarefas/ acordo sobre os objetivos que já teve com um cliente na sua experiência profissional.

Child Behavior Checklist 6-18

(CBCL 6-18, Achenbach, 2001; versão portuguesa Gonçalves, Dias, & Machado, 2014).

A CBCL 6-18 é constituída por 118 itens relativos a problemas emocionais e de comportamento e a competências. Os itens devem ser respondidos tendo em conta os últimos seis meses, numa escala de *Likert* de três pontos (0 = Não é verdadeira, 1 = Algumas vezes verdadeira, 2 = Muitas vezes verdadeira), permitindo obter um índice global, Total de Problemas (somatório de todos os itens), bem como escalas de primeira ordem (escalas empiricamente validadas e escalas orientadas para o DSM – 5) e de segunda ordem.

As escalas de segunda ordem são Problemas de internalização, da qual fazem parte as escalas empiricamente validadas: Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas; e Problemas de Externalização, da qual fazem parte as escalas empiricamente validadas: Delinquente e Comportamento Agressivo.

A CBCL apresenta bons valores de consistência interna (Alfa de Cronbach): escala de internalização ($\alpha=.85$); escala de externalização ($\alpha=.88$); score total de problemas ($\alpha=.96$). Apresenta também validade de constructo adequada (Dias *et al.*, 2017).

Tendo em conta os objetivos do presente estudo, foram apenas utilizadas as escalas de segunda ordem Problemas de internalização e Problemas de Externalização, e o Total de Problema uma vez que são as mais amplamente utilizadas para calcular o acordo entre informadores quando é utilizada esta bateria.

Procedimentos de Recolha de Dados

Os dados utilizados são constituintes dos processos de crianças e adolescentes numa Clínica Universitária de Psicologia. Os processos são organizados pelo terapeuta responsável e contem informação recolhida ao longo do processo terapêutico. Nestes processos foi possível ter acesso aos instrumentos de avaliação preenchidos (CBCL 6-18) e à ficha de pedido de consulta. Apenas foram utilizados processos sobre os quais os clientes deram autorização expressa para utilização dos dados para investigação, através de um consentimento informado.

Junto dos terapeutas responsáveis foi realizada a recolha, da perceção face ao sucesso da intervenção, a perceção face às diferentes dimensões da aliança terapêutica (Relação, Tarefas e Objetivos) e os participantes no processo de intervenção e avaliação. Os restantes dados utilizados foram sistematizados a partir da agenda clínica (e.g., número de desmarcações).

Procedimentos de análise de dados

Para responder aos objetivos do estudo, foi construída uma base de dados recorrendo ao programa estatístico IBM® SPSS® Statistics (Statistical Package for Social Sciences, versão 25.0).

Para a caracterização dos processos psicoterapêuticos, e a descrição das dimensões da aliança terapêutica será utilizada estatística descritiva (frequências, mediana, média, desvio padrão, mínimo e máximo). Foi realizada a mediana por as idade, por ser uma medida de valor central de uma variável (Martins, 2011), possibilitando a organização desta variável em dois grupos para uma melhor compreensão dos resultados.

Para o cálculo do acordo entre informadores para cada participante foram calculadas *Q-correlations* para cada participante com recurso a um *syntax* desenvolvido para o efeito e, para a apresentação dos seus valores recorreu-se à estatística descritiva.

Numa fase posterior e com o objetivo de explorar, 1) a relação entre as dimensões da aliança terapêutica recorreu-se às correlações de *Pearson*; 2) a relação entre o acordo entre

informadores recorreu-se às correlações de *Pearson*; 3) a relação entre percepção do terapeuta face ao sucesso de intervenção e as dimensões da aliança terapêutica, recorreu-se à correlação de *Spearman*; 4) a relação entre o estado do processo e as dimensões da aliança terapêutica recorreu-se à correlação *ponto-bisserial*; 5) a relação do acordo entre informadores e o sucesso da intervenção, correlação de *Spearman*; 6) Acordo entre informadores e as dimensões da aliança *Spearman*; 7) Estado do processo e percepção do terapeuta face ao sucesso de intervenção *ponto-bisserial*; 8) Acordo entre informadores e estado do processo *Spearman*.

No que diz respeito às diferenças no nível de acordo entre informadores em função do sexo, idade, estado civil dos pais, estado do processo e se criança/adolescente tem ou não irmãos, foram realizados os testes paramétricos e não-paramétricos adequados para cada objetivo. Uma vez que os resultados eram os mesmos nos dois tipos de testes optou-se por apresentar os resultados dos testes paramétricos por estes serem mais robustos, diminuindo a probabilidade de Erro Tipo I (Fife-Schaw, 2006; Martins, 2011).

Resultados

1. Caracterização dos processos de crianças e adolescentes de uma Clínica Universitária de Psicologia

Relativamente aos processos de crianças e adolescentes importa detalhar algumas características. No que se refere à tipologia do pedido, foi solicitada avaliação psicológica em 16 casos (41.0%) e Psicoterapia em 13 casos (33.3%). É importante referir que em 10 casos (25.6%) não foi possível aceder à tipologia do pedido.

No que concerne a quem faz o pedido de primeira consulta, verifica-se que em 23 casos (59%) o pedido foi realizado pelos pais, em 11 casos (28.2%) o pedido foi efetuado pela mãe, 2 casos (5.1%) o pedido foi efetuado pelo pai e em 2 casos (5.1%) o pedido foi realizado pelos pais e diretor de turma.

Tal como mostrado na tabela 1, podemos observar que 14 casos (35.9%) o motivo de consulta foi relacionado com dimensões comportamentais, em 11 casos (28.2%) dimensões emocionais, em 4 casos (10.3%) relacionados com a aprendizagem, em 3 casos (7.7%) relacionados, de forma simultânea, com dimensões emocionais e comportamentais, em 2 casos (5.1%) dimensões desenvolvimentais, 1 caso (2.6%) problemas de sono, 1 caso (2.6%) problemas familiares, 1 caso (2.6%) problemas de concentração, 1 caso (2.6%) com

problemas comportamentais e de aprendizagem e 1 caso (2.6%) com problemas do comportamento alimentar.

No que diz respeito a quem participou no processo de avaliação, na maior parte dos casos (N = 21; 53.8%) participou a mãe, pai e Criança/Adolescente, em 11 casos (28.2%) participou a Mãe, Pai, Professor titular/Diretor de Turma e Criança/Adolescente, em 2 casos (5.1%) participou na avaliação apenas a Mãe e a Criança/Adolescente, em 1 caso (2.6%) participou a Mãe, Pai, Criança/Adolescente, diretor de turma, professora de matemática e a Psicóloga da escola, 1 caso (2.6%) participou a criança/adolescente e o Padrasto, 1 caso (2.6%) apenas a Mãe e o Pai, 1 caso (2.6%) a Mãe, Pais, criança/adolescente e Pedopsiquiatra e 1 caso (2.6%) a Mãe, Pai, criança/adolescente, diretor de turma e Psicóloga da escola.

Na mesma linha de análise, durante o processo de intervenção, na maior parte dos casos participou (N = 17; 43.6%) a Mãe, Pai e Criança/Adolescente, em 6 casos (15.4%) participou a Mãe, Pai, Professor titular/Diretor de Turma e Criança/Adolescente, em 4 casos (10.3%) participou a mãe, criança ou adolescente e Professor titular/Diretor de Turma, em 4 casos (10.3%) participou a mãe e o pai, em 3 (7.7%) casos não existiu intervenção, em 1 caso (2.6%) participou a Mãe e a criança ou adolescente, em 1 caso (2.6%) participaram a mãe, criança ou adolescente e o padrasto, em 1 caso (2.6%) apenas participou a mãe, em 1 caso (2.6%) participaram a mãe, professor e criança ou adolescente e em 1 caso (2.6%) apenas a criança ou adolescente.

Relativamente à dimensão se a criança/adolescente já foi vista por outro profissional, 15 (38.5%) das crianças e adolescentes já foram vistas por outros profissionais. É de referir que não foi possível obter resposta nesta dimensão em 10 casos (25.6%). Das 15 crianças/adolescentes, 73.3% já tinham sido vistas por um psicólogo previamente e os restantes 26.7% pelo pedopsiquiatra.

No que respeita à presença ou não de diagnóstico, 37 (94.9%) crianças/adolescentes não apresentam diagnóstico segundo o DSM-5, 2 (5.1%) crianças/adolescentes apresentam diagnóstico, sendo a Perturbação de Ansiedade Generalizada diagnóstico comum nestes casos.

Quanto aos números de consultas variou entre 2 a 75 sessões, (M = 12.69; DP = 14.82). O número referente às desmarcações das consultas por parte do cliente, variou entre 0 a 10 consultas, (M = 1.31; DP = 2.20), e as desmarcações por parte do terapeuta variaram entre 0 e 3 (M = .36; DP = .743). Em relação ao estado do processo, 27 (69.2%) processos encontram-se finalizados e 12 (30.8%) casos foram *dropout*.

Tabela 1*Descritivos dos dados dos processos psicoterapêuticos*

	N	%
<i>Tipologia do pedido</i>		
Avaliação	16	41.0
Psicoterapia	13	33.3
<i>Quem realiza o pedido de primeira consulta</i>		
Mãe	11	28.9
Pai	2	5.3
Pais	23	60.5
Pais e diretor de turma	2	5.3
<i>Motivo de Primeira Consulta</i>		
Sono	1	2.6
Emocionais	11	28.2
Comportamentais	15	38.5
Familiares	1	2.6
Desenvolvimentais	2	5.1
Comportamentais e Aprendizagem	1	2.6
Aprendizagem	4	10.3
Emocionais e Comportamento	3	7.7
Comportamento Alimentar	1	2.6
<i>Participantes no Processo de Avaliação</i>		
Mãe, Pai e Criança/Adolescente	21	53.8
Mãe, Pai, Professor titular/Diretor de Turma e Criança/Adolescente	11	28.2
Mãe e Criança/Adolescente	2	5.1
Mãe, Pai, Criança/Adolescente, diretor de turma, professora de matemática e Psicóloga da escola	1	2.6
Mãe e Pai	1	2.6
Pedopsiquiatra, Mãe, Pai e Criança/Adolescente	1	2.6
Mãe, Pai, Criança, Professor Titular/Diretor de Turma e Psicóloga da escola	1	2.6
<i>Participantes no processo de Intervenção</i>		
Mãe, Pai e Criança/Adolescente	17	43.6
Mãe, Pai, Professor e Criança/Adolescente	6	15.4
Mãe e Criança	1	2.6
Mãe, Criança/Adolescente, Diretor de Turma	4	10.3
Mãe e Pai	4	10.3
Mãe, Criança/Adolescente e Padrasto	1	2.6

Não existiu	3	7.7		
Mãe	1	2.6		
Mãe, Professor e Criança/Adolescente	1	2.6		
Criança/Adolescente	1	2.6		
<i>Se a criança/adolescente foi vista por outro profissional</i>				
Sim	15	38.5		
Não	14	35.9		
Sem informação	10	25.6		
<i>Que por outro profissional a criança/adolescente já foi visto</i>				
Psicólogo	11	73.3		
Pedopsiquiatra	4	26.7		
<i>Estado do Processo</i>				
<i>Finalizado</i>	<i>27</i>	<i>69.2</i>		
<i>Dropout</i>	<i>12</i>	<i>30.8</i>		
<i>Número de Consultas, Número de desmarcações pelo cliente e pelo terapeuta</i>				
	Mínimo	Máximo	M	DP
Número de consultas	2	75	12.69	14.82
Número de desmarcações pelo cliente	0	10	1.31	2.20
Número de desmarcações pelo terapeuta	0	3	.036	.74

2. Acordo entre informadores

No que respeita ao acordo entre informadores, este varia entre .35 e .80 ($M = .58$; $DP = .12$) para o total de problemas, entre .03 e 1.00 ($M = .51$; $DP = .20$) para os problemas de internalização, e entre .38 e 1.00 ($M = .61$; $DP = .14$) para os problemas de externalização. Tendo em consideração as médias, verificou-se que existem níveis mais elevados de acordo entre informadores nos Problemas de Externalização e níveis mais baixos de acordo entre informadores nos Problemas de internalização, tal como é mostrado na tabela 2.

Tabela 2*Acordo entre informadores (Mãe X Pai)*

	Mínimo	Máximo	M	DP
Total de Problemas	.35	.80	.58	.12
Problemas de Internalização	.02	1.00	.51	.20
Problemas de Externalização	.38	1.00	.61	.14

3. Diferenças ao nível do acordo entre informadores em função de características sociodemográficas

Não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de acordo entre informadores em função do sexo, idade da criança, se a criança tem ou não irmãos e estado civil dos pais, tal como é mostrado na tabela 3.

Tabela 3

Diferenças ao nível do acordo entre informadores em função: sexo, idade, estado civil dos pais, estado do processo e se criança/adolescente tem ou não irmãos

<i>Diferenças no nível de acordo entre informadores em função do sexo</i>			
	Feminino (n = 17) Média (DP)	Masculino (n = 21) Média (DP)	<i>t</i> (36)
Total de Problemas	.56 (.13)	.60 (.10)	1.28
Problemas de Internalização	.52 (.19)	.51 (.21)	.104
Problemas de Externalização	.58 (.14)	.64 (.14)	.14

Diferenças no nível de acordo entre informadores em função da idade

	6-10 (n = 18) Média (DP)	11-14 (n = 15) Média (DP)	<i>t</i> (31)
Total de Problemas	.62 (.11)	.56 (.13)	1.33
Problemas de Internalização	.53 (.15)	.53 (.23)	-.02
Problemas de Externalização	.62 (.13)	.60 (.17)	.54

Diferenças no nível de acordo entre informadores em função do estado civil dos pais

	Casados (n = 29) Média (DP)	Divorciados (n = 9) Média (DP)	<i>t</i> (36)
Total de Problemas	.60 (.12)	.52 (.13)	1.86
Problemas de Internalização	.55 (.19)	.39 (.16)	2.24
Problemas de Externalização	.63 (.13)	.54 (.16)	1.77

Diferenças no nível de acordo entre informadores em função se tem ou não irmãos

	Sim (n = 27) Média (DP)	Não (n = 11) Média (DP)	<i>t</i> (36)
Total de Problemas	.59 (.12)	.57 (.12)	.40
Problemas de Internalização	.52 (.19)	.51 (.21)	1.08
Problemas de Externalização	.61 (.14)	.61 (.16)	1.24

4. Percepção do terapeuta face às dimensões da aliança terapêutica e do sucesso da intervenção

Relativamente ao quarto objetivo, a percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção varia entre 1 e 7 ($M = 4.74$; $DP = 1.80$). No que consta às diferentes dimensões da aliança terapêutica, na dimensão relação varia entre 2 e 10 ($M = 6.79$; $DP = 2.32$), na dimensão tarefas varia entre 0 e 10 ($M = 6.23$; $DP = 2.60$) e na dimensão objetivos varia entre 0 e 10 ($M = 6.10$; $DP = 2.50$).

Tabela 4

Descrição das dimensões da aliança terapêutica e do sucesso da intervenção

	Mínimo	Máximo	M	DP
Percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção	1	7	4.74	1.80
Aliança Terapêutica Relativamente à dimensão Relação	2	10	6.79	2.32
Aliança Terapêutica Relativamente à dimensão Tarefas	0	10	6.23	2.60
Aliança Terapêutica Relativamente à dimensão Objetivos	0	10	6.10	2.50

5. Relação entre as dimensões da aliança terapêutica, o estado do processo, a percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção e o acordo entre informadores

No que concerne às dimensões da aliança terapêutica verificou-se que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre todas as correlações: Relação - Tarefas ($r = .927$, $p < .01$), Objetivos - Relação ($r = .903$, $p < .01$) e Objetivos - Tarefas ($r = .935$, $p < .01$). Assim, quando se verificam níveis mais elevados na dimensão da relação, o mesmo ocorre também nas dimensões tarefas e objetivos, bem como quando se observam níveis mais elevados na dimensão objetivos verifica-se o mesmo na dimensão tarefas.

Da mesma forma, no que respeita ao nível do acordo entre informadores, encontraram-se correlações positivas estatisticamente significativas entre o Total de Problemas e os

Problemas de internalização ($r = .640, p < .01$) e o Total de Problemas e os Problemas de externalização ($r = .506, p < .01$). Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre os problemas de internalização e os de externalização.

De forma complementar, verificou-se que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o estado do processo e das dimensões da aliança terapêutica, relação ($r_{pb} = .474, p < .01$), tarefas ($r_{pb} = .514, p < .01$) e objetivos ($r_{pb} = .568, p < .01$). Conta-se assim que as diferentes dimensões da aliança terapêutica correlacionam-se com o estado de processo de crianças e adolescentes, indicando que uma melhor classificação pelo terapeuta nas dimensões da aliança terapêutica encontra-se associada à finalização do processo psicoterapêutico, e menores classificações nas diferentes dimensões da aliança terapêutica está associada ao estado do processo *dropout*.

Com base nos resultados da tabela 5, verificou-se a existência de uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção e as dimensões relação ($r_{pb} = .827, p < .001$), tarefas ($r_{pb} = .778, p < .001$) e objetivos ($r_{pb} = .845, p < .001$). Assim, quando o terapeuta percebe um maior sucesso da intervenção, também considera que existe melhor relação terapeuta-criança/adolescente, maior colaboração nas tarefas desempenhadas e maior compromisso relativamente aos objetivos do processo terapêutico bem como investimento pessoal em atingi-los.

Quanto à associação entre o acordo entre informadores e as dimensões da aliança, os resultados demonstram correlações positivas estatisticamente significativas entre o Total de Problemas e a dimensão tarefas ($r_s = .359, p < 0.05$), Objetivos ($r_s = .324, p < 0.05$) e foi encontrada uma correlação marginalmente significativa na dimensão Relação ($r_s = .277, p < .1$). Relativamente ao acordo nos Problemas de Internalização foram encontradas correlações marginalmente significativas na dimensão Relação ($r_s = .300, p < .1$) e Tarefas ($r_s = .307, p < .1$), não foram encontradas correlações estatisticamente significativas na dimensão Objetivos. No acordo nos Problemas de Externalização foram encontradas correlações estatisticamente significativas em todas as dimensões da aliança terapêutica, Relação ($r_s = .368, p < .1$), Tarefas ($r_s = .369, p < .1$) e Objetivos ($r_s = .385, p < .1$). Desta forma, constatou-se que os níveis de aliança estão associados ao acordo entre informadores. Desta forma, quanto mais elevados são os níveis de acordo entre informadores maiores são os valores da aliança terapêutica nas suas diferentes dimensões, com a exceção da dimensão objetivos com os problemas de internalização.

No que concerne à percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção não foram encontradas correlações estatisticamente significativas com o acordo entre informadores, nas

suas diferentes escalas. Deste modo, os níveis de acordo não parecem estar associados à percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção, como demonstrado na tabela 5.

Com base nos resultados não se verifica associação estatisticamente significativa entre o estado do processo e os níveis de acordo. Deste modo, os níveis de acordo parecem não influenciar o estado do processo.

Os resultados demonstram que existe uma relação positiva estatisticamente positiva entre a percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção e o estado do processo ($r=.485, p <.01$). Verifica-se que a percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção. Melhor percepção do terapeuta face à intervenção encontra-se associada à finalização dos processos e menor percepção de sucesso associada a processos *dropout*.

Tabela 5

Relação entre as dimensões da aliança terapêutica, estado do processo, percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção e o acordo entre informadores

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Relação	1							
2. Tarefas	.927 ^{**1}	1						
3. Objetivos	.903 ^{**1}	.935 ^{**1}	1					
4. Estado do Processo	.474 ^{**3}	.514 ^{**3}	.568 ^{**3}	1				
5. Percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção	.827 ^{***2}	.778 ^{***2}	.845 ^{***2}	.485 ^{**3}	1			
6. Total de Problemas	.277 ^{†2}	.359 ^{*2}	.324 ^{*2}	.032 ²	.185 ²	1		
7. Problemas de Internalização	.300 ^{†2}	.307 ^{†2}	.216 ²	.081 ²	.119 ²	.640 ^{**1}	1	
8. Problemas de Externalização	.368 ^{*2}	.369 ^{*2}	.385 ^{*2}	.227 ²	.281 ^{†2}	.506 ^{**1}	.263 ¹	1

* $p < 0.05$ | ** $p < .01$ | *** $p < .001$ | † $p < .1$ | ¹ Correlação de *Pearson* | ² Correlação de *Spearman* | ³ Correlação *Ponto-Bisserial*

Discussão

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar a associação entre o acordo entre informadores, na bateria ASEBA, variáveis sociodemográficas e clínicas e variáveis de processo e resultado terapêutico numa amostra clínica de crianças em idade escolar. Com base neste objetivo, foi realizada a caracterização dos processos de crianças e adolescentes de uma Clínica Universitária de Psicologia, o cálculo do acordo entre informadores quanto aos problemas emocionais e de comportamento das crianças e adolescentes. Também possibilitou, por um lado examinar as diferenças ao nível do acordo entre informadores em função de variáveis sociodemográficas (sexo, idade da criança ou adolescente e se tem irmãos, estado civil dos pais) e por outro a exploração da percepção do terapeuta nas dimensões da aliança terapêutica e do sucesso da intervenção percebida pelo terapeuta. Complementarmente foi explorado a relação entre as dimensões da aliança terapêutica, estado do processo, percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção e o acordo entre informadores.

Assim, em resposta ao objetivo sobre o estudo dos valores do acordo entre informadores, verifica-se valores de acordo mais elevados na escala de externalização e valores mais baixos na escala de internalização. Estes dados são concordantes com a literatura que, de modo geral, indicam que os níveis de acordo parecem ser menores nos problemas de internalização e maiores nos de externalização (Achenbach *et al.*, 1987; De Los Reyes *et al.*, 2015; Stanger & Lewis, 1993; Yeh & Weisz, 2001). Estes resultados vão de encontro às conclusões de De Los Reyes e colaboradores (2015), que referem que quando as preocupações e os comportamentos são mais observáveis, os níveis de acordo são maiores quando comparados com problemas e preocupações de natureza mais interna (menos observável). De forma complementar, as crianças e os adolescentes parecem ser os melhores informadores para problemas de internalização, por se encontrarem numa posição privilegiada para descrever as suas experiências mais internas (Cytryn & McKnew, 1980; Moretti, Fine, Haley, & Marriage, 1985), podendo, assim, justificar níveis de acordo menores na escala de internalização.

Também foi realizado teste de diferenças relativamente ao nível de acordo entre informadores e o sexo. Uma vez que a literatura tem vindo a ser inconsistente nestes resultados, justificou-se a realização destas análises numa amostra clínica portuguesa. Desde modo, no presente estudo não foram encontradas diferenças ao nível do acordo entre informadores em função do sexo. Estes resultados estão alinhados com os estudos de De Los Reyes e Kazdin (2005) e Grills e Ollendick (2003), que concluíram a não existência de

diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e o acordo entre informadores. Porém, são encontrados resultados inconsistentes, na medida em que existem alguns estudos que observam diferenças desta variável nos níveis de acordo entre informadores (Huang, 2017), verificando nomeadamente, níveis de acordo superiores no sexo masculino (Berg-Nielsen *et al.*, 2012; Schroeder, Rescorla *et al.*, 2012).

Resultados igualmente inconsistentes são encontrados na literatura no que se refere à existência de diferenças ao nível do acordo entre informadores em função da idade. No presente estudo verificou-se que não existem diferenças ao nível desta variável, de forma equivalente ao estudo apresentado pelos autores Choudhury e colaboradores (2003). Porém, na literatura encontramos alguma ambiguidade, pois, alguns estudos corroboram que o acordo entre informadores é maior em crianças mais novas (Achenbach *et al.*, 1987), enquanto outros estudos apontam que níveis superiores de acordo estão mais presentes em crianças mais velhas (Grills *et al.*, 2003). Como defendido por De Los Reyes e Kazdin (2005), esta inconsistência pode ser derivada às distintas formas de categorização da variável idade. Por um lado, a divisão das idades das crianças e adolescentes foram realizados em amostras de tamanhos distintos e por outro, o método de escolha para divisão das idades, em grupos, não foi coerente ao longo dos artigos. Esta divisão parece ser, maioritariamente, realizada pela mediana das idades (Choudhury *et al.*, 2003) (tal como acontece no presente estudo) ou pela criação de grupos de crianças mais jovens e mais velhas (Engel *et al.*, 1994). A literatura tem sugerido que se procure conhecer melhor se o facto de a criança ou adolescente ter irmãos tem implicações no acordo entre informadores (De Los Reyes *et al.*, 2010). Assim, este estudo procurou responder a essa necessidade e foi possível constatar que na amostra utilizada esta variável parece não parece corroborar a ideia de que a existência de irmãos tem influência nos níveis de acordo, podendo-se, eventualmente, considerar que na presença de mais irmãos os pais poderiam dispersar a sua atenção entre os filhos.

São escassas as investigações relativas às diferenças dos níveis de acordo em função do estado civil dos pais, sendo este um tópico importante para investigações futuras (Goolsby *et al.*, 2018). No presente estudo não foram encontradas diferenças nos níveis do acordo em função do estado civil dos pais. Embora a literatura seja diminuta para contrastar com os resultados encontrados, sabe-se que observar a criança/adolescente no mesmo contexto, por exemplo em casa, remete para maiores níveis de acordo entre informadores (Achenbach *et al.*, 1987, Achenbach, 2006). Também De Los Reyes e Kardín (2005) referem que os níveis de acordo são mais elevados entre mãe e pai do que entre pais e professores. Quando os pais apresentam o estado civil “divorciado”, estes continuam a observar a criança no mesmo

contexto (familiar), apesar de tal acontecer em momentos distintos. Como já referido, o acordo entre pai e mãe na literatura é apontado com altos níveis de acordo, uma hipótese que pode ajudar a explicar estes resultados, é o facto de este permanecer independente do estado civil. De forma complementar, Kolko e Kazdin (1993) referem que os níveis de acordo tendem a ser superiores em amostras clínicas, quando comparadas com amostras da comunidade, que pode assim, ser justificativo para a não identificação de diferenças. O mesmo pode ser justificado pelo facto de que os problemas apresentados na amostra clínica tenderem a ser mais graves, e desta forma, mais facilmente identificados pelos diferentes informadores. De forma a gerar uma leitura alternativa, importa detalhar a amostra. Assim, salienta-se que das nove crianças cujos pais têm com estado civil identificado como "divorciado", seis crianças apresentavam como motivo de consulta questões de carácter comportamental (problemas de externalização). Os autores De Los Reyes e colaboradores (2015) referem que existem níveis de acordo maiores quando os comportamentos ou preocupações são observáveis, do que quando são de natureza mais interna. Em geral, o nível de acordo parece ser superior nos problemas de externalização, quando comparados com problemas de internalização (Achenbach *et al.*, 1987; De Los Reyes *et al.*, 2015; Stanger & Lewis, 1993; Yeh & Weisz, 2001). Podendo ser assim considerado um fator justificativo de não se verificarem diferenças nos níveis de acordo em função do estado civil dos pais.

O presente estudo também analisou a aliança terapêutica segundo um modelo sugerido por Bordin (1979), constituído por três dimensões: objetivos, tarefas e relação. Na concretização do objetivo de explorar a relação das dimensões da aliança terapêutica, constata-se que estas variáveis parecem influenciar-se positivamente entre elas. Assim, o acordo sobre os objetivos do processo psicoterapêutico e o acordo sobre as tarefas do processo, vão influenciar o tipo de relação que se mantém entre a criança/adolescente e o terapeuta, por sua vez, o tipo de relação influencia a motivação para colaborar nos objetivos e tarefas da terapia. Os resultados encontrados parecem corroborar a ideia de uma interação dinâmica entre estas dimensões (Bordin, 1979).

No que diz respeito às correlações entre os níveis de acordo, foi verificado uma associação positiva entre os níveis de acordo no total de problemas com as escalas de internalização e de externalização. Uma vez que o total de problemas é o somatório de todos os itens da CBCL 6-18 (Achenbach *et al.*, 2001), o que inclui os itens das escalas de internalização e de externalização, é esperado que estas correlações se verifiquem e que sejam positivas. Neste sentido, o que poderá justificar, eventualmente a não existência de correlação entre os problemas de internalização e os de externalização, é o facto de os itens da escala de

externalização se relacionarem mais com sintomas diretamente observáveis (mais acordo) e os itens da escala de internalização sintomas menos observáveis (menos acordo) (De Los Reyes *et al.*, 2015),

Relativamente à relação das dimensões da aliança terapêutica com o estado do processo, vários estudos têm comprovado os resultados encontrados no presente estudo, que os níveis de aliança terapêutica se associam positivamente com o estado do processo. Por um lado, vários estudos (cf. Deakin & Nunes, 2009; Pieta & Gomes, 2017; Hurley *et al.*, 2015; McLeod, 2011) referem que processos finalizados têm sido associados a maior qualidade da aliança terapêutica. Por outro lado, menores níveis de aliança terapêutica têm sido relacionados com o *dropout* (Bhola, & Kapur, 2013; Zack *et al.*, 2007). Desta forma, o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica é fundamental para os resultados terapêuticos (Horvath *et al.*, 2011), sendo que, como referido, o tipo de relação influencia a motivação para colaborar nos objetivos e tarefas da terapia (Bordin, 1979).

Os resultados do presente estudo apontam ainda que, a qualidade das dimensões da aliança terapêutica está relacionada com um maior sucesso da intervenção, na perspetiva do terapeuta. Como Horvath e colaboradores (2011) referem, valores mais elevados de aliança terapêutica estão relacionados com uma maior satisfação com o processo terapêutico. Desta forma, parece que os valores da aliança terapêutica influenciam o sucesso dos resultados terapêuticos (Clark, 2013; Hurley *et al.*, 2015; McLeod, 2011; Shirk, Karver & Brown, 2011; Shirk & Karver, 2003). Como já referido para o estado do processo, as investigações apontam que a qualidade da aliança terapêutica está relacionada com o sucesso da intervenção (Accurso & Garland, 2015; Clark, 2013; Hurley *et al.*, 2015). A investigação salienta o papel robusto e importante que os valores elevados de aliança terapêutica têm nos resultados terapêuticos positivos (Barber, *et al.*, 2014; Emmelkamp *et al.*, 2014; Zack *et al.*, 2015)

De forma complementar, neste estudo apenas se verificou associação entre o acordo entre informadores quanto aos problemas de externalização e a perceção do terapeuta face ao sucesso da intervenção. Neste sentido, níveis superiores de acordo, poderão, eventualmente traduzir-se em maior envolvimento parental e maior motivação dos pais para o processo terapêutico, sendo este fator considerado como relevante na literatura, para o sucesso da intervenção (Gould, Shaffer, & Kaplan, 1985). De forma geral os estudos (c.f. Ferdinnd *et al.*, 2004) parecem encontrar resultados têm evidenciado que menores níveis de acordo entre filhos e pais se relaciona com menos sucesso nos resultados terapêuticos. Porém, torna-se fundamental salientar a escassez da literatura em relação a estas variáveis (Goolsby *et al.*, 2018). Também é necessário compreender que nos escassos estudos sobre estas variáveis, os

níveis de acordo contemplavam como pares de informadores filhos - pais e não pai-mãe. De forma geral, a principal conclusão que se encontra na literatura é que menores níveis de acordo entre pais e filhos se relaciona com menor sucesso terapêutico (Ferdinand *et al.*, 2004, Goolsby *et al.*, 2018). O presente estudo, apenas se debruçou sobre a associação do acordo entre pai e mãe e o sucesso da intervenção, na perspectiva do terapeuta, não incluindo a criança e adolescente. Foi igualmente verificado que existe associação entre o estado do processo e a percepção do terapeuta face ao sucesso da intervenção. Este resultado parece ir de encontro ao que tem vindo a ser referido na literatura (c.f. Gastaud & Nunes, 2010), pois os processos finalizados são aqueles em que o processo terapêutico é terminado depois de os objetivos terapêuticos terem sido alcançados. Neste sentido, justifica-se que nos casos em que o processo foi finalizado, a percepção de sucesso, por parte do terapeuta, maior pois os objetivos foram cumpridos.

Não se verificaram associações significativas entre o estado do processo e o acordo entre informadores. Este resultado parece distanciar-se do que tem vindo a ser reportado na literatura, apesar de não existirem muitos estudos que explorem a variável estado do processo, pois alguns autores defendem que o acordo pode influenciar o sucesso da intervenção (Goolsby *et al.*, 2018). Desta forma, o acordo não parece estar relacionado com o estado do processo o que, provavelmente pode ser explicada pela amostra mais reduzida e pelo facto de o estado do processo poder estar mais associado à aliança terapêutica. Segundo Tschuschke e colaboradores (2014) a aliança terapêutica pode ser considerada um fator essencial para o processo terapêutico e talvez a melhor variável para contribuir para a sua explicação.

Foi também verificado que o acordo entre informadores estava relacionado com as diferentes dimensões da aliança terapêutica. Neste sentido, quando os pais tinham um melhor acordo, estando assim em maior sintonia quanto aos problemas apresentados, o terapeuta percebia que existia uma melhor relação com os intervenientes no processo terapêutico, bem como maior envolvimento no cumprimento de tarefas e estabelecimento de objetivos terapêuticos. Neste âmbito, possivelmente, são pais que têm pautado mais os problemas dos filhos, o que poderá possibilitar que estes estejam mais sensibilizados para os objetivos, tarefas e, desta forma, para a relação terapêutica.

Conclusão

A presente investigação, assumindo um carácter exploratório, teve como objetivo avaliar a associação entre o acordo entre informadores, na bateria ASEBA, variáveis sociodemográficas, variáveis de processo e resultado terapêutico numa amostra clínica de crianças e adolescentes em idade escolar.

Desta forma, os objetivos da presente investigação assentam a sua pertinência na escassez de estudos que explorem as variáveis em estudo. Assim, segundo Castro (1999), a relevância em estudar fenómenos relacionados com o processo terapêutico, assenta numa perspectiva de melhoria da qualidade dos processos psicoterapêuticos. Desta forma, os resultados da presente investigação permitem inferir implicações para a prática dos profissionais que contactam com crianças e adolescentes. Reforçamos a necessidade de incluir diferentes informadores em contexto de processo terapêutico com crianças e adolescentes, bem como, a importância de atender a dimensões da aliança terapêutica.

Contudo, o presente estudo não está isento de limitações, uma delas é o N da amostra ser reduzido, o que poderá auxiliar na explicação de alguns resultados, houve variáveis que devido à sua pouca representatividade (e.g., psicopatologia dos pais) não foram consideradas no presente estudo. Adicionalmente, a forma de avaliar as diferentes dimensões da aliança terapêutica foi a partir da percepção do terapeuta e não recorrendo a instrumentos de avaliação e a não integração outros informadores, como a criança ou adolescente na avaliação da aliança terapêutica, o que poderá originar algum viés. Por um lado, é necessário ter em consideração que alguns processos de crianças e adolescentes já eram antigos, tendo mais de 10 anos, e que apesar de se pretendido uma visão o mais fiel possível, poderá ter ocasionado algum enviesamento nas respostas dos terapeutas. Como hipótese explicativa, este enviesamento parece estar associado à memória, neste sentido se o terapeuta recordar o caso como bem-sucedido, a sua percepção nas dimensões da aliança terapêutica, possivelmente, serão classificadas com níveis mais elevados.

Partindo das limitações do presente estudo, sugere-se que futuramente se procure incluir outros informadores, nomeadamente, o professor e a criança e adolescente. Sugere-se também o desenvolvimento de estudos, com o objetivo de perceber as implicações do acordo entre informadores no sucesso do processo terapêutico com uma amostra mais representativa, de forma a contribuir para a investigação nesta área e para a prática clínica. Por último, seria importante, ao nível da aliança terapêutica, não só incluir a percepção do terapeuta, como

também, a perspectiva da criança/adolescente possibilitando assim uma leitura mais abrangente.

Finalmente, é importante referir que o N da amostra inicial era significativamente maior, pelo facto de a clínica possuir perto de 100 casos finalizados ou *dropout*, de crianças e adolescentes. Porém no presente estudo foram utilizados, apenas 39 processos de crianças e adolescentes, devido à falta dos instrumentos de avaliação preenchidos ou por haver instrumentos com múltiplas ausências de resposta o que impossibilitava a sua cotação. Neste sentido, seria desejável, que de forma mais regular na prática clínica, exista uma recolha de dados com recurso a instrumentos de avaliação que integrem diferentes informadores de uma forma mais sistemática.

Referências bibliográficas

Accurso, E., & Garland, A. (2015). Child, caregiver, and therapist perspectives on therapeutic alliance in usual care child psychotherapy. *Psychological Assessment, 27*(1), 347-352.

Achenbach T.M. (2006). As others see us: Clinical and research implications of cross-informant correlations for psychopathology. *Current Directions in Psychological Science, 15*, 94–98.

Achenbach, T. M. (2011). Commentary: Definitely more than measurement error: But how should we understand and deal with informant discrepancies?. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(1), 80-86.

Achenbach, T. M., Howell, C. T., Quay, H. C., & Conners, C. K. (1991). National survey of problems and competencies among four-to sixteenyear-olds: parents' reports for normative and clinical samples. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 56*, 1-133.

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological bulletin, 101*(2), 213-232.

Achenbach, T., Rescorla, L., Dias, P., Ramalho, V., Sousa Lima, V., Machado, B., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar*. Braga: Psiquilibrios Edições.

American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.^a Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Barber, J. P., Zilcha-Mano, S., Gallop,R., Barrett, M.,McCarthy, K. S., & Dinger, U. (2014). The associations among improvement and alliance expectations, alliance during treatment, and treatment outcome for major depressive disorder. *Psychotherapy Research, 24*, 257–268. doi:10.1080/10503307.2013.871080

Baylis, P., Collins, D., & Coleman, H. (2011). Child Alliance Process Theory: A Qualitative Study of a Child Centred Therapeutic Alliance. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28, 79-95. doi: 10.1007/s10560-011-0224-2

Berg-Nielsen, T., Solheim, E., Belsky, J., & Wichstrom, L. (2012). Preschooler's psychosocial problems: In the eyes of the beholder? Adding teacher characteristics as determinants of discrepant parent-teacher reports. *Child Psychiatry & Human Development*, 43, 393-413. doi:10.1007/s10578-011-0271-0

Bidaut-Russel, M., Reich, W., Cottler, L. B., Robins, L. N., Compton, W. M., & Mattison, R. E. (1995). The Diagnostic Interview Schedule for Children: Parents and Adolescents Suggest Reasons for Expecting Discrepant Answers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(5): 641-659.

Bird, H. R., Gould, M. S., & Staghezza, B. (1992). Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 78-85.

Brookman-Fraze, L., Haine, R. A., Gabayan, E. N., & Garland, A. F. (2008). Predicting frequency of treatment visits in community based youth psychotherapy. *Psychological Services*, 5(2), 126–138.

Castro, P. F. (1999). Reflexões em psicologia e ciência: uma análise da pesquisa aplicada à Psicologia Clínica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 1(1), 3-13

Choudhury, M. S., Pimentel, S. S., & Kendall, P. C. (2003). Childhood anxiety disorders: Parent–child (dis)agreement using a structured interview for the DSM–IV. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 957–964.

Clark, C. M. (2013). Irreducibly human encounters: Therapeutic alliance and treatment outcome in child and adolescent Psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 12(3), 228-243. doi: 10.1080/15289168.2013.822751

De Los Reyes, A. & Ohannessian, C. M. (2016). Introduction to the special issue: Discrepancies in adolescent–parent perceptions of the family and adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 45 (10), 1957–1972

De Los Reyes, A. (2011). Introduction to the special section: More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 1-9.

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. doi:10.1037/0033-2909.131.4.483.

De Los Reyes, A., Alfano, C. A., & Beidel, D. C. (2010). The relations among measurements of informant discrepancies within a multisite trial of treatments for childhood social phobia. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(3), 395-404.

De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A., 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.

De Los Reyes, A., Salas, S., Menzer, M. M., & Daruwala, S. E. (2013). Criterion validity of interpreting scores from multi-informant statistical interactions as measures of informant discrepancies in psychological assessments of children and adolescents. *Psychological Assessment*, 25, 509–519.

Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T. (2009). Abandono de psicoterapia com crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 145-151.

Dias, P. & Lima, V. S. (2014). Avaliação Psicológica Clínica: aspetos conceptuais, empíricos e práticos. In P. Monteiro (Ed.) *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (1rd,45-58). Lisboa: Lidel.

Dias, P., Sousa Lima, V., César Machado, B., Campos, J. & Carneiro, A. (2017). Bateria ASEBA para os Períodos Pré-escolar e escolar. In Gonçalves, M., Simões, M. & Almeida, L. (Eds.), *Psicologia Clínica e da Saúde Instrumentos de Avaliação*, (1rd. pp. 3-27). Lisboa: Pactor.

Emerich, D. R., Rocha, M. M., Mattos, E. F., & Gonçalves, J. (2012). Diferenças quanto ao gênero entre escolares brasileiros avaliados pelo inventário de comportamentos para crianças e adolescentes (CBCL/6-18). *Psico*, 43(3), 12.

Emmelkamp, P. M., David, D., Beckers, T., Muris, P., Cuijpers, P., Lutz, W., & Berking, M. (2014). Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *International journal of methods in psychiatric research*, 23(1), 58-91.

Engel, N. A., Rodrigue, J. R., & Geffken, G. R. (1994). Parent-child agreement on ratings of anxiety in children. *Psychological Reports*, 75, 1251-1260

Ezpeleta, L., Osa, N., Doménech, J. M., Navarro, J. B., & Losilla, J. M. (1997). Diagnostic Agreement between Clinicians and the Diagnostic Interview for Children and Adolescents – In an Outpatient Sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (4),431-440.

Ferdinand, R. F., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2004). Parent-adolescent disagreement regarding psychopathology in adolescents from the general population as a risk factor for adverse outcome. *Journal of abnormal psychology*, 113(2), 198-206.

Frick, P. J., Silverthorn, P., & Evans, C. (1994). Assessment of childhood anxiety using structured interviews: Patterns of agreement among informants and association with maternal anxiety. *Psychological Assessment*, 6(4), 372.

Gastaud, M. and Nunes, M.L. (2010). Treatment dropout in psychoanalytical psychotherapy: searching for definition, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 247-54.

Glaser, B. A., Calhoun, G. B., Bradshaw, C. P., Bates, J. M., & Socherman, R. E. (2001). Multi-observer assessment of problem behavior in adjudicated youths: Patterns of discrepancies. *Child & Family Behavior Therapy, 23*(2), 33-45.

Goolsby, J., Rich, B. A., Hinnant, B., Habayeb, S., Berghorst, L., De Los Reyes, A., & Alvord, M. K. (2018). Parent–Child Informant Discrepancy is Associated with Poorer Treatment Outcome. *Journal of Child and Family Studies, 27*(4), 1228-1241.

Gould, M. S., Shaffer, D., & Kaplan, D. (1985). The characteristics of dropouts from a child psychiatry clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 24*(3), 316-328.

Green, J. (2009). The therapeutic alliance. *Child: care, health and development, 3* (35), 298–301. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00970.x

Grills, A. E., & Ollendick, T. H. (2003). Multiple informant agreement and the Anxiety Disorders Interview Schedule for Parents and Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*, 30–40

Grills, A. S., & Ollendick, T. H. (2003). Multiple Informant Agreement and the Anxiety Disorders Interview Schedule for Parents and Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(1), 30-40.

Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2003). Child, parent, and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist’s dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 62–70.

Hawley, K., & Weisz, J. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 1*(34), 117–128.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (1994). The relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16.

Huang, C. (2017). Cross-informant agreement on the Child Behavior Checklist for Youths: A meta-analysis. *Psychological reports, 120*(6), 1096-1116. doi: 10.1037/a0022186

Huang, C. (2017). Cross-informant agreement on the Child Behavior Checklist for youths: a meta-analysis. *Psychological reports, 120*(6), 1096-1116.

Hurley, K. D., Van Ryzin, M. J., Lambert, M., & Stevens, A. L. (2015). Examining Change in Therapeutic Alliance to Predict Youth Mental Health Outcomes. *Journal of emotional and behavioral disorders, 23*(2), 90-100. doi: 10.1177/1063426614541700

Israel, P., Thomsen, P. H., Langeveld, J. H., & Stormark, K. M. (2007). Parent–youth discrepancy in the assessment and treatment of youth in usual clinical care setting: Consequences to parent involvement. *European Child & Adolescent Psychiatry, 16*(2), 138–148.

Kendall, P. C., Panichelli-Mindel, S. M., Sugarman, A., & Callahan, S. A. (1997). Exposure to child anxiety: Theory, research, and practice. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*(1), 29-39.

Kerr, D. C., Lunkenheimer, E. S., & Olson, S. L. (2007). Assessment of child problem behaviors by multiple informants: A longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(10), 967-975.

Kolko, D., & Kazdin, A. (1993). Behavioral/emotional problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among children, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 34*, 991-1006

Kraemer, H. C., Measelle, J. R., Ablow, J. C., Essex, M. J., Boyce, W. T., & Kupfer, D. J. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: Mixing and matching contexts and perspectives. *American journal of psychiatry, 160*(9), 1566-1577.

Krain, A. L., & Kendall, P. C. (2000). The Role of Parental Emotional Distress in Parent Report of Child Anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 328-335.

Lambert, M. J.; Barley, D. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy (Chic)*, 38(4), 357-361.

Maramba G, Hall G. (2002). Meta-analyses of ethnic match as a predictor of dropout, utilization, and level of functioning. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*, 8(3), 290-7.

Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS*, (1ªed.). Braga, Portugal: Psiquilíbrios Edições.

McAdoo, W. G., & Roeske, N. E. (1973). A comparison of defectors and continuers in a child guidance clinic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40(2), 328.

McLeod, B. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 603–616.

Milfort, R., & Greenfield, D. B. (2002). Teacher and observer ratings of head start children's social skills. *Early Childhood Research Quarterly*, 17(4), 581-595.

Mitsis, M. E., McKay, K. E., Schulz, K. P., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2000). Parent-teacher concordance for DSM-IV Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in a clinic-referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3), 308-313.

Moretti, M. M., Fine, S., Haley, G., & Marriage, K. (1985). Childhood and adolescent depression: Child-report versus parent-report information. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(3), 298-302.

Moura, C. B. D., & Venturelli, M. B. (2004). Direcionamentos para a condução do processo terapêutico comportamental com crianças. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(1), 17-30.

Offord, D. R., Boyle, M. H., Racine, Y., Szatmari, P., Fleming, J. E., Sanford, M., & Lipman, E. L. (1996). Integrating assessment data from multiple informants. *Journal of American and Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 35(8), 1078-1085.

Orvaschel, H., Weissman, M., Padian, N & Lowe, T. L. (1981), Assessing psychopathology in children of psychiatrically disturbed parents: a pilot study. *This Journal*, 20,112-122.

Panichelli-Mindel, S. M., Flannery-Schroeder, E., Kendall, P. C., & Angelosante, A. G. (2005). Disclosure of distress among anxiety disordered youth: Differences in treatment outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(4), 403–422.

Pelkonen M, Marittunen M, Laippala P, Lönnqvist J. (2000). Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(3), 329-336.

Pieta, M. A. M., & Gomes, W. B. (2017). Impact of the therapeutic relationship in the treatment effectiveness: What do meta-analyses say?. *Contextos Clínicos*, 10(1), 130-143.

Renk, K. (2005). Cross-informant ratings of the behavior of children and adolescents: The “Gold Standard”. *Journal of Child and Family Studies*, 14(4), 457-468. doi:10.1007/s10826-005-7182-2

Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M., Bilenberg, N., Bjarnadottir, G., Denner, S., & Verhulst, F. (2012). Behavioral/emotional problems of preschoolers: Caregiver/teacher reports from 15 societies. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 20, 68-81. doi:10.1177/1063426611434158

Ribeiro, E. (2009). *Aliança Terapêutica: Da Teoria a Prática Clínica*. Braga: Psiquilibrios Edições

Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children: A critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin*, 112, 485–499. doi:10.1037/0033-2909.112.3.485

Ross, A. O., & Lacey, H. M. (1961). Characteristics of terminators and remainers in child guidance treatment. *Journal of Consulting Psychology, 25*(5), 420.

Sales, C. (2003). Understanding Prior Dropout In Psychotherapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3*(1), 81-90.

Schroeder, J., Hood, M., & Hughes, H. (2010). Inter-parent agreement on the syndrome scales of the Child Behavior Checklist (CBCL): Correspondence and discrepancies. *Journal of Child & Family Studies, 19*, 646-653. doi:10.1007/s10826-010-9352-0

Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 17. doi: 10.1037/a0022181

Shirk, S., & Karver, M. (2003). Prediction of Treatment Outcome From Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(71), 452-464. doi: 10.1037/0022006X.71.3.452

Silverman, W. K., & Eisen, A. R. (1992). Age differences in the reliability of parent and child reports of child anxious symptomatology using a structured interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 117-127.

Smith, S. R. (2007). Making sense of multiple informants in child and adolescent psychopathology: A guide for clinicians. *Journal of Psychoeducational Assessment, 25*(2), 139-149.

Stanger, C., & Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology, 22*(1), 107-116.

Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., & Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. *Psychotherapy Research*, 25(4), 420-434.

Yeh, M., & Weisz, J. R. (2001). Why are we here at the clinic? Parent-child (dis)agreement on referral problems at outpatient treatment entry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1018–1025. doi: 10.1037/0022-006X.69.6.1018

Youngstrom, E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 1038.

Zack, S., Castonguay, L., Boswell, J., McAleavey, A., Adelman, R., Kraus, D., & Pate, G. (2015). Attachment history as a moderator of the alliance outcome relationship in adolescents. *Psychotherapy*, 52(2), 258-267. doi: 10.1037/a0037727