

ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

BRUNA HOLST

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL, EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA
ESCALA *YOUTH OUTCOME QUESTIONNAIRE 2.01* PARA O PORTUGUÊS
BRASILEIRO E SUA APLICABILIDADE CLÍNICA NA ÁREA DA
PSICOTERAPIA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Porto Alegre

2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PSICOLOGIA CLÍNICA
GRUPO DE PESQUISA RELAÇÕES INTERPESSOAIS E VIOLÊNCIA: CONTEXTOS
SOCIAIS, EDUCATIVOS E VIRTUAIS

BRUNA HOLST

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL, EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA
YOUTH OUTCOME QUESTIONNAIRE 2.01 PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO E
SUA APLICABILIDADE CLÍNICA NA ÁREA DA PSICOTERAPIA COM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Saraiva de Macedo Lisboa

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Porto Alegre

2019

PONTÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PSICOLOGIA CLÍNICA
GRUPO DE PESQUISA RELAÇÕES INTERPESSOAIS E VIOLÊNCIA: CONTEXTOS
SOCIAIS, EDUCATIVOS E VIRTUAIS

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL, EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA
YOUTH OUTCOME QUESTIONNAIRE 2.01 PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO E
SUA APLICABILIDADE CLÍNICA NA ÁREA DA PSICOTERAPIA COM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Clarissa Marcell Trentini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Clarisse Pereira Mosmann

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Profa. Dra. Lucia Helena Freitas Ceitlin

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre

2019

Ficha Catalográfica

H756a Holst, Bruna

Adaptação transcultural, evidências de validade da escala Youth Outcome Questionnaire 2.01 para o português brasileiro e sua aplicabilidade clínica na área da psicoterapia com crianças e adolescentes / Bruna Holst . – 2019.

103.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Saraiva de Macedo Lisboa.

1. Psicometria. 2. Psicoterapia. 3. Infância. 4. Adolescência. 5. Revisão sistemática. I. Lisboa, Carolina Saraiva de Macedo. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Salete Maria Sartori CRB-10/1363

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	6
Resumo.....	7
Abstract.....	9
Relação de Tabelas.....	11
Relação de Figuras.....	12
1. APRESENTAÇÃO.....	13
1.1 Temática da Dissertação ou Tese.....	13
1.2 Justificativa.....	16
1.3 Objetivos.....	17
1.4 Problema/Hipóteses e Questões da Pesquisa	17
1.5 Contexto/Campo da Pesquisa	17
1.6 Delineamento de Pesquisa	18
Referências.....	22
2. SEÇÃO TEÓRICA – MANUSCRITO I: <i>Systematic review on the use and description of measures to evaluate psychotherapeutic interventions with children and adolescents in Brazil</i>	25
3. SEÇÃO EMPÍRICA – MANUSCRITO I: <i>Psicoterapia com crianças e adolescentes: Evidências de validade do Y-OQ 2.01 para o Português brasileiro</i>	43
4. SEÇÃO EMPÍRICA – MANUSCRITO II: <i>Social determinants associated with the development of psychological and behavioral problems in children and adolescent</i>	71
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
6. ANEXOS.....	94
Anexo A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).....	94
Anexo B – Carta de aprovação da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).....	97
Anexo C – Documento de aprovação de estudo com cooperação estrangeira.....	98
Anexo D – <i>Youth Outcome Questionnaire - Y-OQ 2.01 em português</i>	99
Anexo E – Questionário de dados sociodemográficos	101
Anexo F – Comprovante de aceite do artigo <i>Systematic review on the use and description of measures to evaluate psychotherapeutic interventions with children and adolescents in Brazil</i>	102
Anexo G – Comprovante de submissão do artigo <i>Psicoterapia com crianças e adolescentes: Evidências de validade do Y-OQ 2.01 para o Português brasileiro</i>	103

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Doutora Carolina Saraiva de Macedo Lisboa, pela acolhida, amparo e incansável apoio para a execução dessa tese;

À Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) que, através do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, me recebeu como aluna, possibilitando a execução deste trabalho;

À Coordenação de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que me concedeu a bolsa de estudos que tornou possível meu ingresso no doutorado;

Aos colegas do grupo de pesquisa *Relações Interpessoais e Violência: Contextos clínicos, sociais, educativos e virtuais* pela enorme parceria, especialmente aos colegas André Gava Verzoni, Andréia Zambon Braga, Artur Marques Strey, Daniel Fulginiti, Déborah Brandão e Marina Friedrich que contribuíram inúmeras vezes para a realização deste trabalho;

Às Instituições de ensino em psicoterapia parceiras deste estudo;

À minha mãe, Marisabel de Oliveira, que ativamente colaborou para a concretização deste estudo e, como sempre, foi minha maior incentivadora e melhor exemplo.

RESUMO

Introdução: Intervenções clínicas na infância e na adolescência são essenciais para a promoção de saúde mental e qualidade de vida, assim como para a prevenção de transtornos severos na adultez. A psicoterapia é o processo que, através da influência interpessoal e de processos psicológicos como aprendizagem, persuasão e apoio social, visa a promoção da saúde mental, enfrentamento de conflitos, redução de comportamentos desajustados e resolução de transtornos psíquicos. Instrumentos que apresentem evidências de validade são ferramentas importantes na avaliação de resultado e processo em psicoterapia, e são indispensáveis para sustentar a psicoterapia baseada em evidências. O *Youth Outcome Questionnaire 2.01* (Y-OQ 2.01) é um instrumento que foi desenvolvido para atender a demanda de avaliação de psicoterapia com crianças e adolescentes. Este questionário é breve, sensível à mudança e atende a padrões psicométricos rigorosos de validade e confiabilidade. O Y-OQ 2.01 é autoaplicável e composto por 64 itens, respondidos por pais ou responsáveis legais de crianças ou adolescentes, em uma escala *Likert* de 1 a 5. **Objetivo:** Investigar evidências de validade do Y-OQ 2.01 para utilização no idioma português do Brasil. **Método:** Esta tese é composta por três artigos, sendo um teórico e dois empíricos. O artigo teórico apresenta uma revisão sistemática que investigou delineamentos de pesquisa predominantes e instrumentos utilizados em estudos brasileiros que descrevem intervenções psicoterápicas com crianças e adolescentes. O primeiro artigo empírico descreve a adaptação transcultural e investigação das propriedades psicométricas do Y-OQ 2.01, mais especificadamente evidências de validade de conteúdo e de construto do instrumento, mediante análise fatorial exploratória e de rede (*network*). O segundo artigo empírico visou a investigar determinantes sociais associados ao desenvolvimento de problemas psicológicos e comportamentais em crianças e adolescentes. Participaram desta pesquisa 341 pais ou responsáveis legais de crianças (N=172) e adolescentes (N=163) de 1 a 19 anos de idade (M=9,44; DP=4,20). Foram aplicados o Y-OQ 2.01 e um questionário de dados sociodemográficos. **Resultados:** A revisão sistemática apontou para uma lacuna de estudos (N=28, sem limitação temporal) na área da psicoterapia com crianças e adolescentes no contexto brasileiro, especialmente estudos que avaliem os resultados das intervenções através de instrumentos que apresentem evidências de validade. Dentre os estudos que empregaram algum tipo de medida, observou-se o pouco detalhamento acerca dos dados de validade e confiabilidade. A partir da identificação da demanda por instrumentos que apresentem evidências de validade para o contexto brasileiro para avaliação de processo e resultado de psicoterapia com esta faixa etária, elegeu-se o Y-OQ 2.01 para a realização da adaptação transcultural e investigação de evidências de validade, processo descrito no primeiro estudo empírico. Os resultados demonstraram evidências de validade de conteúdo e de construto para o Y-OQ 2.01 na língua portuguesa do Brasil, e uma estrutura em dois fatores (internalizante e externalizante) para esta população. Alfas de Cronbach para os dois fatores foram 0,92 e 0,93, respectivamente. O segundo estudo empírico apontou que as meninas tendem a manifestar mais sintomas internalizantes, ao passo que os meninos demonstram condutas e sintomas externalizantes. Identificou-se, neste estudo, que gênero, grupo etário, estado civil dos pais e etnia/cor da pele/raça reportada podem atuar como fatores de risco para problemas psicológicos e comportamentais, e o Y-OQ 2.01 foi sensível para diferenciar população clínica e não-clínica. **Conclusão:** O Y-OQ 2.01 demonstrou evidências para seu uso como ferramenta de planejamento, monitoramento e avaliação de resultados de tratamentos psicoterapêuticos por clínicos de diferentes abordagens teóricas no Brasil. Além disso, o estudo também possibilitou refletir sobre sintomas e tratamentos de crianças e adolescentes na área da Psicologia Clínica.

Palavras-chaves: Psicometria; psicoterapia; infância; adolescência; revisão sistemática.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 – Psicologia.

Subárea conforme classificação CNPq: 70701032 - Construção e Validade de Testes, Escalas e Outras Medidas Psicológicas; 70710015 - Intervenção Terapêutica.

ABSTRACT

Title: Evidences of validity of the Youth Outcome Questionnaire – Y-OQ 2.01, parents and legal guardians version, to Brazilian Portuguese.

Introduction: Clinical interventions in childhood and adolescence are essential for the promotion of mental health and quality of life, as well as for the prevention of severe disorders in adulthood. Psychotherapy is the process that, through interpersonal influence and psychological processes such as learning, persuasion and social support, aims to promote mental health, cope with conflicts, and decrease behavioral problems and mental disorders. Instruments that present evidence of validity are important tools in assessing outcome and process in psychotherapy, and are essential to support evidence-based psychotherapy. The Youth Outcome Questionnaire 2.01 (Y-OQ 2.01) was developed to meet the demand for evaluation of psychotherapy with children and adolescents. It is a brief tool, sensitive to change and meets rigorous psychometric standards of validity and reliability. It is self-administered and consists of 64 items, answered by parents or legal guardians of children or adolescents, on a Likert scale ranging from 1 to 5. **Objective:** Investigate evidence of validity of the Y-OQ 2.01 for use in the Brazilian Portuguese language. **Method:** This thesis consists of three papers, one theoretical and two empirical. The theoretical paper presents a systematic review that investigated prevailing research designs and instruments used in Brazilian studies with psychotherapeutic interventions with children and adolescents. The first empirical article describes the transcultural adaptation and the investigation of the Y-OQ 2.01 psychometric properties, more specifically evidences of content validity and construct validity, through exploratory factorial analysis and network analysis. The second empirical article aims to investigate social determinants associated with the development of psychological and behavioral problems in children and adolescents. 341 parents or legal guardians of children (N=172) and adolescents (N=163) from 1 to 19 years old (M=9.44; SD=4.20) participated in the study. The Y-OQ 2.01 and a social-demographic data questionnaire were applied. **Results:** The systematic review pointed to a gap of studies (N=28, without temporal limitation) in the area of psychotherapy with children and adolescents in the Brazilian context, especially studies that evaluate the interventions' results through instruments that present evidence of validity. Among the studies that used some type of measurement, it was observed the poor detailing regarding validity and reliability information. Based on the identification of the demand for instruments that present evidence of validity for the Brazilian context for the evaluation of the process and result of psychotherapy with this age group, the Y-OQ 2.01 was chosen for a cross-cultural adaptation and investigation of evidence of validity – process described in the first empirical study. The results demonstrated evidence of content and construct validity for the Y-OQ 2.01 Brazilian Portuguese version, and a two-factor structure (internalizing and externalizing) for this population. Cronbach's alphas for both factors were 0.92 and 0.93, respectively. The second empirical study pointed out that girls tend to manifest more internalizing symptoms, while boys demonstrate externalizing behaviors and symptoms. It was identified in this study that gender, age group, parents' marital status and ethnicity/skin colour/race reported can act as risk factors for psychological and behavioral problems, and the Y-OQ 2.01 was sensitive to differentiate clinical and non-clinical populations. **Conclusion:** The Y-OQ 2.01 showed evidences for its use as a tool for planning, monitoring and evaluation of results of psychotherapeutic treatments by clinicians of different theoretical approaches in Brazil. In addition, the study also made it possible to reflect on symptoms and treatments of children and adolescents in the Clinical Psychology area.

Keywords: Psychometrics; psychotherapy; childhood; adolescence; systematic review.

CNPq Area: 7.07.00.00-1 – Psychology.

CNPq Sub-area: 70701032 - Construção e Validade de Testes, Escalas e Outras Medidas Psicológicas; 70710015 - Intervenção Terapêutica.

RELAÇÃO DE TABELAS

Seção Teórica: Manuscrito I	27
Table 1 - Instruments' description regarding evidence of validity and reliability.....	33
Seção Empírica: Manuscrito I	44
Tabela 1 - Descrição do perfil da amostra.....	50
Tabela 2 - Correlações de Spearman entre os escores do Y-OQ 2.01, que descrevem problemas psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes.....	55
Tabela 3 - Itens do Y-OQ 2.01, resultado do modelo fatorial exploratório e comparação com as seis dimensões da estrutura original.....	56
Seção Empírica: Manuscrito II	65
Table 1 - Demographic information of the sample.....	76
Table 2 - Differences in the Portuguese Y.OQ 2.01 original subscales between genders, age groups, ethnicity, history of psychotherapy and medication use and parents' marital status.....	79
Table 3 - Differences in the Portuguese Y.OQ 2.01 proposed two factors - Internalizing and Externalizing - between genders, age groups, ethnicity, history of psychotherapy and medication use and parents' marital status.....	80
Table 4 - Model 1: Multiple linear regression for the <i>Portuguese Y-OQ 2.01 Total Score</i> , which describes psychological and behavioral problems of children and adolescents..	81
Table 5 - Model 2: Multiple linear regression for the Portuguese Y-OQ 2.01 <i>Internalizing factor</i>	82
Table 6 - Model 3: Multiple linear regression for the Portuguese Y-OQ 2.01 <i>Externalization factor</i>	82

RELAÇÃO DE FIGURAS

Seção Teórica: Manuscrito I	27
Figure 1 - Search flow.....	32
Seção Empírica: Manuscrito I	44
Figura 1 - Procedimentos para a tradução e adaptação transcultural do <i>Youth Outcome Questionnaire 2.01</i>	52
Figura 2 - Análise de rede (<i>network</i>) do <i>Youth Outcome Questionnaire 2.01</i>	57
Figura 3 - Representação gráfica de <i>Expected Influence</i> da rede <i>sintomas internalizantes</i> – Fator 1 da AFE.....	58
Figura 4 - Representação gráfica de <i>Expected Influence</i> da rede <i>sintomas externalizantes</i> – Fator 2 da AFE.....	58
Seção Empírica: Manuscrito II	65
Figure 1 - Interaction between history of psychotherapy and psychotropic medication use for the Model 1.....	81

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Temática da Dissertação ou Tese

Transtornos mentais, sofrimento emocional e desadaptações variadas – observadas na escola, com a família ou no próprio desenvolvimento – são quadros rotineiramente observados por psicoterapeutas que atendem crianças e adolescentes. Mesmo que esses indivíduos possam não desenvolver transtornos mentais na adultez, os mesmos estão mais propensos a estarem mais debilitados quando avaliados em medidas de saúde, educação, renda, funcionamento social e familiar (Costello & Maughan, 2015). Estudos demonstram a relação existente entre adversidades vividas na infância e qualidade da relação parental, com problemas de personalidade na adolescência e adultez, tais como: comportamento antissocial, dependência de drogas, depressão, ansiedade, transtorno de personalidade *borderline* e obesidade (Halliday, Palma, Mellor, Green, & Renzaho, 2014; Igarashi et al., 2010; Roberts, Yang, Zhang, & Cold, 2008; Schmid et al., 2011). Existe, portanto, um grande corpo de conhecimento científico que relaciona os processos de desenvolvimento infantil, tais como socialização e desenvolvimento emocional e moral, com quadros de psicopatologia no adulto (American Psychological Association, 2006). As vivências infantis e adolescentes, nesta perspectiva, adquirem grande influência no desenvolvimento de quadros de sofrimento emocional e de transtornos psicológicos e psiquiátricos como um todo.

É notável, portanto, a relevância das intervenções psicológicas nesta etapa formativa da personalidade e do funcionamento global, objetivando a retomada do desenvolvimento saudável, a readaptação psicossocial ou a diminuição de sintomas de origem mental. Considerando a importância destas intervenções, vem crescendo a demanda por qualificá-las, com o objetivo de oferecer para a população práticas com assegurada efetividade. De acordo com o código de ética profissional do Conselho Federal de Psicologia (2005), o psicólogo não pode empregar técnicas não reconhecidas como sendo da profissão. Todavia, até a atualidade, não existe uma lista definitiva de tais técnicas. Assim sendo, o CFP entende que práticas clínicas reconhecidas são aquelas extraídas do intercâmbio entre ciência, Academia e pesquisa. Este pressuposto está alinhado à Resolução nº 010/00 do Conselho Federal de Psicologia (2000), que determina que a psicoterapia é exercício do psicólogo e representa um processo de compreensão, análise e intervenção, baseada na ciência e na ética,

promovendo a saúde mental, o enfrentamento de conflitos e a resolução de transtornos psíquicos.

Estas orientações estão alinhadas com o conceito, cada vez mais pertinente, de psicoterapia baseada em evidências (Goldfried, 2013). A origem da psicoterapia baseada em evidências centra-se na Medicina e enfatiza a avaliação científica da evidência, fundamentando-se em três pilares: pesquisas de evidências, expertise clínica e preferências e valores dos pacientes (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin, & Latzman, 2013). Propostas para viabilizar a integração de práticas baseadas em evidências no trabalho cotidiano de psicólogos clínicos vêm sendo desenvolvidas, como o treinamento dos profissionais e uso de ferramentas *online* que facilitem o emprego destas práticas pelos terapeutas (Persons, Koerner, Eidelman, Thomas, & Liu, 2016). Ainda assim, existe resistência dos profissionais clínicos que não estão vinculados à Academia em utilizar dados de pesquisa nas suas decisões clínicas, o que enfraquece o movimento da psicoterapia baseada em evidências (Lilienfeld et al., 2013).

Ampliando-se a perspectiva da psicoterapia baseada em evidência, existe atualmente uma tendência por tornar as intervenções psicoterápicas cada vez mais personalizadas – movimento oriundo do campo médico, que vem buscando tornar os recursos terapêuticos mais individualizados. Um exemplo é o uso do perfil genético de pacientes oncológicos para a eleição do tratamento, ao invés do emprego de quimioterapia padrão (Okimoto & Bivona, 2014). Ensaios clínicos randomizados, por exemplo, se concentram em saber se o grupo de tratamento-alvo melhora mais do que o grupo de comparação; portanto, tendem a padronizar ao invés de vez de individualizar o tratamento e a avaliação. Como mencionado, a baixa adesão da comunidade clínica às intervenções baseadas em evidências, assim como a capacidade restrita de personalização e o emprego de manuais rígidos que não contemplam a gravidade, complexidade e comorbidade dos casos são algumas das restrições da psicoterapia baseada em evidências (Ng & Weisz, 2016). Ademais, meta-análises demonstraram tamanho de efeito pequeno a médio das terapias empiricamente suportadas em comparação com outros tratamentos (Weisz, Jensen-Doss, & Hawley, 2006; Weisz et al., 2013) ou sua modesta superioridade sobre o tratamento usual, quando controladas variáveis confundidoras (Spielmans, Gatlin, & McFall, 2010).

Desta forma, a preocupação com a personalização das intervenções mentais baseadas em evidência vem fomentando o uso de *sistemas de feedback através de medidas* e variados indicadores de progresso que sejam psicometricamente sólidos, sensíveis à mudança, breves e clinicamente úteis – e que forneçam para o clínico *feedback* sobre o bom resultado de cada

tratamento. Para este fim, o *Youth Outcome Questionnaire* e o *Youth Outcome Questionnaire Self-Report* foram previamente sugeridos (Ng & Weisz, 2016) para fins de identificação de tratamentos em risco de fracasso, ou ainda para monitorar o progresso do paciente após as intervenções psicoterapêuticas (Burlingame et al., 2001; Cannon, Warren, Nelson, & Burlingame, 2010; Warren, Nelson, Burlingame, & Mondragon, 2012).

O instrumento *Youth Outcome Questionnaire 2.01* (Y-OQ 2.01) foi desenvolvido, portanto, para atender a demanda de avaliação de psicoterapia com crianças e adolescentes. É um instrumento breve, sensível à mudança em períodos curtos de tempo, e atende a padrões psicométricos rigorosos de validade e confiabilidade (Burlingame et al., 2005). Esta medida é autoaplicável e composta por 64 itens, respondidos por pais ou responsáveis legais de crianças e adolescentes, em uma escala *Likert* de 1 a 5. Da escala total, 57 itens descrevem diferentes níveis de problemas de comportamento e sete itens são formulados para avaliar comportamentos saudáveis. Pais ou responsáveis do paciente devem eleger, para cada item, qual categoria melhor representa o estado atual da criança ou adolescente (Burlingame et al., 2005). A escala avalia o comportamento dos jovens em um escore total, composto por seis subescalas: *Estresse Intrapessoal*, *Estresse Somático*, *Relações Interpessoais*, *Problemas Sociais*, *Disfunção Comportamental* e *Itens Críticos*. Estas dimensões foram desenvolvidas a partir de revisões meta-analíticas e compreensivas da literatura em psicoterapia com crianças e adolescentes que buscaram domínios de conteúdo embasados empiricamente como sensíveis à mudança nesta faixa etária. Grupos focais com pacientes ambulatoriais e em regime de internação, com pais e responsáveis de pacientes e com psicólogos e psiquiatras também foram realizados para a definição destas seis dimensões. O terceiro veículo de informação para construção do Y-OQ 2.01 foram registros hospitalares, utilizados para avaliar características de mudança de comportamento que são consideradas em planos de tratamento de pacientes ambulatoriais ou internados (Burlingame et al., 2005).

A partir destes dados, esta Tese de Doutorado foi estruturada em três diferentes seções. Primeiramente, foi conduzida uma revisão sistemática da literatura que buscou identificar as lacunas e demandas da área de avaliação de psicoterapia com crianças e adolescentes, amparando-se na relevância clínica para a execução desta Tese. A partir desta revisão, que consta na seção teórica, identificou-se que o campo de avaliação quantitativa e psicométrica de intervenções com crianças e adolescentes permanece insuficientemente explorado por pesquisadores brasileiros, constatando-se uma lacuna de avaliações dos resultados de psicoterapia com esta faixa etária. Identificamos, portanto, a relevância de

adaptar para o contexto brasileiro um instrumento que realizasse este tipo de avaliação. O Y-QO 2.01, após comparação com outros instrumentos, foi eleito para a execução deste projeto e foi objeto de uma adaptação transcultural, seguida da investigação de evidências de validade para esta medida – o que consta no primeiro artigo da seção empírica. A adaptação desta medida possibilitou levantar dados acerca dos determinantes sociais associados ao desenvolvimento de problemas psicológicos e comportamentais em crianças e adolescentes, que foram reportados no segundo artigo da seção empírica desta Tese. A identificação destes determinantes sociais permite a qualificação de intervenções psicoterápicas e reduz lacunas nos serviços de saúde mental derivadas de diferenças sociais. Estes três estudos estão divididos da seguinte forma:

- 1) Seção teórica, na qual consta o artigo de revisão sistemática *Systematic review on the use and description of measures to evaluate psychotherapeutic interventions with children and adolescents in Brazil*. Este artigo já foi aceito para publicação na revista *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* (Anexo F), classificada como A2 na área da Psicologia no sistema QUALIS CAPES.
- 2) Seção Empírica, na qual constam dois manuscritos. O primeiro descreve o processo de investigação das propriedades psicométricas do *Youth Outcome Questionnaire 2.01*, intitulado *Avaliando resultado de psicoterapia com crianças e adolescentes: Evidências de validade do Youth Outcome Questionnaire 2.01 para o Português do Brasil*. O segundo buscou investigar determinantes sociais associados ao desenvolvimento de problemas psicológicos e comportamentais em crianças e adolescentes, e foi intitulado *Social determinants associated with the development of psychological and behavioral problems in children and adolescents*.

1.2 Justificativa

O Y-OQ 2.01, após adaptação e investigação das propriedades psicométricas para sua versão em português do Brasil, poderá ser utilizado no país como ferramenta clínica de avaliação de processos psicoterapêuticos de qualquer abordagem. O uso deste instrumento permitirá aos psicoterapeutas a avaliação do nível de sofrimento de seus pacientes em comparação com outras populações e em comparação com o próprio paciente em outro momento do tratamento. A prática baseada em evidências é um campo ainda pouco expressivo no Brasil quando em comparação com outros países (Leonardi & Meyer, 2015) e percebem-se fragilidades metodológicas nos estudos que buscam avaliar resultados de

psicoterapia com crianças e adolescentes, especialmente com relação ao emprego dos instrumentos destinados a aferir os resultados terapêuticos (Holst, Lisboa, Braga, Strey, & de Souza, no prelo). A versão em português do Brasil do Y-OQ 2.01 auxiliará psicólogos clínicos e pesquisadores interessados em qualificar a oferta de atendimento psicológico para a população clínica brasileira.

1.3 Objetivos

Objetivo geral: Adaptar e investigar evidências de validade do *Youth Outcome Questionnaire* (Y-OQ 2.01) versão pais e responsáveis legais, para o português do Brasil.

Objetivos específicos:

- Realizar a tradução para o português e adaptação transcultural do Y-OQ 2.01 para o contexto brasileiro;
- Examinar evidências de validade de conteúdo do Y-OQ 2.01;
- Investigar evidências de validade de construto do Y-OQ 2.01.

1.4 Problemas/Hipóteses e Questões da Pesquisa

O *Youth Outcome Questionnaire* 2.01 apresenta evidências de validade de conteúdo e de construto no Brasil?

O *Youth Outcome Questionnaire* 2.01 pode auxiliar a levantar dados que auxiliem os atuantes do campo clínico a qualificar intervenções psicoterapêuticas?

1.5 Contexto/Campo da Pesquisa

A psicoterapia é uma das ferramentas clínicas mais significativas para os tratamentos de transtornos mentais. Assim, o grupo de pesquisa *Relações interpessoais e violência: Contextos clínicos, sociais, educativos e virtuais* buscou descobrir lacunas neste campo para que o desenvolvimento das pesquisas do grupo viesse ao encontro das demandas da área clínica. Inicialmente uma revisão sistemática, com foco no Brasil, foi realizada para

identificar como as pesquisas na área da psicoterapia com crianças e adolescentes vem sendo construídas. Este estudo (Holst et al., no prelo) acabou por identificar: 1) Uma lacuna de estudos na área, pois, sem limitação temporal, apenas 28 estudos (constando 92 medidas de desfecho) satisfizeram os critérios de inclusão; 2) Que os dados de validade e confiabilidade dos instrumentos usados foram reportados de forma insuficiente; 3) Que apenas metade dos estudos adotaram medidas de avaliação global do funcionamento do paciente ou de progresso de tratamento. A conclusão desta revisão, que baseou esta Tese, foi de que existe demanda por mais estudos para criar e/ou validar medidas de resultado de psicoterapia infantil e adolescente, uma vez que o emprego de instrumentos confiáveis em pesquisas científicas dá suporte aos resultados nesta área, justificando o investimento de recursos governamentais e privados no apoio ao acesso à psicoterapia por crianças e adolescentes.

1.6 Delineamento de Pesquisa

O presente estudo definiu-se como uma pesquisa quantitativa com delineamento transversal (Breakwell, Hammond, Fife-Schaw, & Smith, 2010). Para executá-lo, atendeu-se às Diretrizes e Normas Regulamentadoras envolvendo pesquisa com seres humanos previstas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (2012) e na Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (2000). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS; parecer número 2.383.625, constando no Anexo A).

O início da pesquisa ocorreu após o contato com diversos serviços de atendimento localizados em cursos de especialização em psicoterapia de Porto Alegre. Duas destas Instituições manifestaram interesse em participar do projeto e acordaram com os termos da pesquisa: *ESIPP - Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica* e *CEAPIA - Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e Adolescência*. Os participantes da população clínica foram contatados no momento de busca por atendimento psicoterápico para seus filhos a fim de receber o convite do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados com a população não-clínica ocorreu através de seleção por conveniência, utilizando um questionário *online* juntamente com um convite de participação na pesquisa, e enviado para pais ou responsáveis de crianças e adolescentes. Estes pais foram indicados por outros pais ou responsáveis a partir do método de amostragem não probabilística por bola-de-neve (Breakwell et al., 2010) ou participaram voluntariamente

através da divulgação da pesquisa em mídias sociais. Participaram deste estudo 341 pais ou responsáveis legais de crianças e adolescentes. O tamanho da amostra consistiu em 5,3 participantes por item do Y-OQ 2.01 e foi baseado na premissa de Costello e Osborne (2005) e Pasquali (2010) de que amostras maiores possibilitam soluções mais precisas para as análises fatoriais – sendo 5 sujeitos por item o tamanho amostral mínimo para que as análises sejam confiáveis. O tempo de aplicação dos instrumentos foi de aproximadamente 20 minutos. Compuseram a bateria:

1) Questionário de dados sociodemográficos desenvolvido para esse estudo, contendo informações sociodemográficas da criança ou adolescente e de seus pais ou responsáveis legais: gênero, idade da criança/adolescente e dos pais, estado civil dos pais, número de irmãos, escolaridade da criança/adolescente, histórico de psicoterapia e de uso de medicação psiquiátrica. O instrumento encontra-se no Anexo E.

2) *Youth Outcome Questionnaire* – Y-OQ 2.01: O Y-OQ 2.01 é um questionário de 64 itens, administrado em pais ou responsáveis legais de crianças ou adolescentes, ao longo da evolução do tratamento psicoterápico, para avaliar problemas psicológicos ou comportamentais. A escala avalia o comportamento dos jovens em um escore total, composto por seis subescalas: *Estresse Intrapessoal*, *Estresse Somático*, *Relações Interpessoais*, *Problemas Sociais*, *Disfunção Comportamental* e *Itens Críticos*. Existe ainda uma versão em autorrelato do Y-OQ, que pode ser respondida pelo próprio jovem: o Y-OQ *Self-Report* (Ridge, Warren, Burlingame, Wells, & Tumblin, 2009). Ambos Y-OQ 2.01 versão pais e responsáveis legais e Y-OQ *Self-Report* (SR) existem em versões abreviadas de 30 itens, no idioma original do instrumento, o Inglês (Burlingame et al., 2005). A licença e autorização por parte da editora *OQ Measures* para o uso deste instrumento para adaptação, tradução e investigação de evidências de validade no Brasil pode ser encontrada no Anexo C. A versão final do *Youth Outcome Questionnaire – 2.01* em português encontra-se no Anexo D.

Para chegar na versão do Y-OQ 2.01 em português do Brasil, foi adotado o procedimento para tradução e adaptação transcultural recomendado pela equipe editorial da *OQ Measures* e descrito por Wild et al. (2005). O primeiro passo consistiu na realização de duas traduções independentes para o português brasileiro a partir do instrumento original, por tradutores cuja língua nativa é o português e fluentes em inglês, residentes no Brasil e com experiência prévia na tradução de instrumentos. Uma síntese das duas traduções foi realizada por um terceiro tradutor independente, que contou com o auxílio de consultores independentes

fluentes em inglês e português e *experts* na área da psicologia clínica e psicoterapia. Com a síntese finalizada, o instrumento foi enviado para um comitê de quatro *experts* na área da psicologia clínica e psicoterapia para investigar a clareza, a relevância e a representatividade dos itens do instrumento. O procedimento utilizado para verificar a concordância entre os *experts* foi o cálculo do coeficiente de validade de conteúdo (CVC), proposto por Hernández-Nieto (2002) e citado por Cassepp-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010). O objetivo deste procedimento é avaliar aspectos fortes e fracos de instrumentos a partir do parecer de no mínimo três e no máximo cinco especialistas. O comitê de *experts* recebeu a versão em português do Y-OQ 2.01, juntamente com um questionário tipo *Likert*, variando de 1 (muito insatisfatório) a 5 (muito satisfatório), com três categorias para avaliação dos itens do Y-OQ 2.01: clareza de linguagem, relevância prática e relevância teórica. Para calcular o CVC, calculou-se a média das notas de cada item atribuídas pelos especialistas, que é então dividida pelo valor máximo que o item pode alcançar. Calcula-se então o erro da medida (Pe) para descontar possíveis vieses dos avaliadores, que posteriormente será subtraído do valor do CVC. Por fim, o cálculo do CVC total da escala usa a média dos CVCs de todos os itens do questionário, subtraída da média dos erros de todos os itens.

Segundo Cassep-Borges et al. (2010) um item é considerado adequado se o coeficiente de validade do conteúdo (CVC) for superior a 0,8. Se um item pontuar um coeficiente abaixo de 0,8, o mesmo deverá ser revisado. A pontuação total do instrumento, após a avaliação dos quatro especialistas, foi de 0,97. O instrumento pontuou para cada categoria: 0,97 em clareza de linguagem, 0,99 em relevância prática e 0,98 em relevância teórica. Para a versão em português do Y-OQ 2.01, apenas um dos 64 itens pontuou abaixo de 0,8 na categoria clareza de linguagem e teve que ser reformulados após a análise do CVC (item 17, que passou de *Parece tenso, facilmente assustado* para *Parece tenso ou se assusta com facilidade*, após sugestão dos especialistas). Após esta etapa, um ajuste semântico final foi realizado pelos tradutores, baseado na avaliação realizada pelo comitê de *experts*. Por fim, foi realizada a tradução reversa da versão em português brasileiro novamente para o inglês, por um quarto tradutor independente, fluente em português e com amplo domínio da língua inglesa. A tradução reversa foi enviada para os autores originais, para assegurar a equivalência do conteúdo, e foi aprovada para o estudo brasileiro.

Para dar conta dos objetivos desta pesquisa, técnicas de estatística descritiva e inferencial foram utilizadas. Os dados sociodemográficos e as seis subescalas foram expressos em frequências, médias, desvios-padrão e percentis. Correlações entre as subescalas do

instrumento foram igualmente calculadas. Posteriormente, investigou-se evidências de validade de construto do Y-OQ 2.01, definidas como características de um instrumento no que se refere à mensuração de uma propriedade ou qualidade que ainda não tenha sido definida operacionalmente (Pasquali, 2010). Foi realizada uma análise fatorial confirmatória do Y-OQ 2.01, com base na estrutura fatorial do instrumento original (Burlingame et al., 2005), e uma análise fatorial exploratória. Por fim foi realizada uma análise de rede (*network*) para investigar o padrão de relacionamentos entre os itens do instrumento, e foram calculados os alfas de Cronbach a fim de verificar a consistência interna da escala geral e dos fatores do modelo proposto.

Referências

- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*, 271-285.
- Breakwell, G., Hammond, S., Fife-Schaw, C., & Smith, J. A. (2010). *Método de pesquisa em psicologia*. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Burlingame, G., Cox, J., Wells, G., Latkowski, M., Justice, D., Carter, C., & Lambert, M. (2005) *The administration and scoring manual of the Youth Outcome Questionnaire*. Salt Lake City, Utah. OQ Measures.
- Burlingame, G.M., Mosier, J.I., Wells, M.G., Atkin, Q.G., Lambert, M.J., Whoolery, M., & Latkowski, M. (2001). Tracking the influence of mental health treatment: The development of the Youth Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 8*, 361–379. doi:10.1002/cpp.315
- Cannon, J. A. N., Warren, J. S., Nelson, P. L., & Burlingame, G. M. (2010). Change trajectories for the Youth Outcome Questionnaire Self-Report: Identifying youth at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 39*(3), 289–301. doi: 10.1080/15374411003691727
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A. & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. In Pasquali, L. e cols. (org.), *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. (pp. 506-520). Porto Alegre: Artmed.
- Conselho Federal de Psicologia. (2000). *Resolução nº 10/2000, de 20 de dezembro de 2000. Especifica e qualifica a Psicoterapia como prática do Psicólogo*. Brasília, DF.
- Conselho Federal de Psicologia. (2000). *Resolução nº 16/2000, de 20 de dezembro de 2000. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos*. Brasília, DF.
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Resolução nº 10/2005, de 21 de julho de 2005. Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília, DF.
- Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução do Ministério da Saúde do Brasil nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF.
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research, & Evaluation, 10*, 1-9.
- Costello, E. J., & Maughan, B. (2015). Annual research review: Optimal outcomes of child and adolescent mental illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 56*(3), 324–341. doi:10.1111/jcpp.12371

- Goldfried, M. R. (2013). What should we expect from psychotherapy? *Clinical Psychology Review, 33*(7), 654–662. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.003
- Halliday, J. A., Palma, C. L., Mellor, D., Green, J., & Renzaho, A. N. (2014). The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: A systematic review. *International Journal of Obesity, 38*(4), 480-493. doi: 10.1038/ijo.2013.213.
- Hernández-Nieto, R. A. (2002). *Contribuciones al análisis estadístico*. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes/IESINFO.
- Holst, B., Lisboa, C. S. M, Braga, A. Z., Strey, A. M., & de Souza, D. B. (no prelo). Systematic review on the use and description of measures to evaluate psychotherapeutic interventions with children and adolescents. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*.
- Igarashi, H., Hasui, C., Uji, M., Shono, M., Nagata, T., & Kitamura, T. (2010). Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events, and depression: A study among a university student population in japan. *Psychiatry Research, 180*(2), 120-125. doi:10.1016/j.psychres.2010.04.029
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão (Online), 35*, 1-18. doi:10.1590/1982-3703001552014.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review, 33*, 883-900. doi:10.1016/j.cpr.2012.09.008
- Ng, M.Y., & Weisz, J.R. (2016). Annual research review: Building a science of personalised intervention for youth mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*, 216–236. doi:10.1111/jcpp.12470
- Okimoto, R. A., & Bivona, T. G. (2014). Recent advances in personalized lung cancer medicine. *Personalized Medicine, 11*(3), 309–321. doi:10.2217/pme.14.19
- Pasquali, L. (2010). Testes referentes a construto: Teoria e modelo de construção. Em Pasquali, L. e cols. (org.), *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. (pp. 165-198). Porto Alegre: Artmed.
- Persons, J. B., Koerner, K., Eidelman, P., Thomas, C., & Liu, H. (2016). Increasing psychotherapists' adoption and implementation of the evidence-based practice of progress monitoring. *Behaviour Research and Therapy, 76*, 24-31. doi: 10.1016/j.brat.2015.11.004
- Ridge, N. W., Warren, J. S., Burlingame, G. M., Wells, M. G., & Tumblyn, K. M. (2009). Reliability and validity of the Youth Outcome Questionnaire Self-Report. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 1115–1126. doi:10.1002/jclp.20620

- Roberts, A., Yang, M., Zhang, T., & Cold, J. (2008). Personality disorder, temperament, and childhood adversity: Findings from a cohort of prisoners in England and Wales. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 19*(4), 460-483. doi:10.1080/14789940801936597
- Schmid, B., Blomeyer, D., Buchmann, A. F., Trautmann-Villalba, P., Zimmermann, U. S., Schmidt, M. H., Esser, G., Banaschewski, T., & Laucht, M. (2011). Quality of early mother-child interaction associated with depressive psychopathology in the offspring: A prospective study from infancy to adulthood. *Journal of Psychiatric Research, 45*(10), 1387-1394. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.05.010
- Spielmanns, G. I., Gatlin, E. T., & McFall, J. P. (2010). The efficacy of evidence-based psychotherapies versus usual care for youths: Controlling confounds in a meta-reanalysis. *Psychotherapy Research, 20*(2), 234-246. doi:10.1080/10503300903311293
- Warren, J. S., Nelson, P. L., Burlingame, G. M., & Mondragon, S. A. (2012). Predicting patient deterioration in youth mental health services: Community mental health vs. managed care settings. *Journal of Clinical Psychology, 68*(1), 24-40. doi:10.1002/jclp.20831
- Weisz, J. R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist, 61*(7), 671-689. doi:10.1037/0003-066X.61.7.671
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Hawley, K. M., & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: A multilevel meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 70*(7), 750-761. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1176
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for translation and cultural adaptation. *Value in Health, 8*(2), 94-104. doi:10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x

2. SEÇÃO TEÓRICA: MANUSCRITO I

Revisão sistemática sobre o uso e descrição de medidas para avaliar intervenções psicoterapêuticas com crianças e adolescentes no Brasil

RESUMO

Introdução: Intervenções psicoterápicas na infância e adolescência são reconhecidas como tratamento mental e ferramenta de redução de transtornos psicológicos na juventude e adultez. Assim, evidencia-se uma crescente preocupação com a comprovação científica acerca da efetividade de intervenções oferecidas no campo da saúde mental e com a adequação das medidas utilizadas. Os objetivos desta revisão sistemática foram investigar delineamentos de pesquisa predominantes e instrumentos utilizados em estudos brasileiros com intervenções psicoterápicas com crianças e adolescentes e examinar como esses instrumentos são descritos acerca de suas evidências de validade e confiabilidade. **Método:** Cinco bases de dados foram consultadas; para cada base, dois juízes independentes realizaram a seleção dos registros e aplicaram os critérios de exclusão e inclusão. **Resultados:** O banco final compreendeu 28 artigos, nos quais foram citados 92 instrumentos para avaliação das intervenções psicoterápicas realizadas. Dentre estes, para 57 instrumentos citados não foram descritas evidências de validade da medida para a população brasileira. Para 31 dos instrumentos citados, foi mencionada a existência de evidências de validade, sem especificar o parâmetro de validade. Três estudos descreveram evidências de validade de conteúdo dos instrumentos empregados, enquanto dois instrumentos são apresentados com informações acerca de evidências de confiabilidade. **Conclusão:** Constatou-se uma carência de estudos na área da psicoterapia com crianças e adolescentes no contexto brasileiro e a necessidade de maior atenção às propriedades psicométricas e qualidade da descrição dos instrumentos. A produção científica neste campo pode impulsionar a psicoterapia baseada em evidências e justificar a oferta desse tipo de tratamento em diferentes contextos.

Palavras-chave: Avaliação, psicometria, psicoterapia, infância, adolescência, revisão sistemática.

Systematic review on the use and description of measures to evaluate psychotherapeutic interventions with children and adolescents in Brazil

ABSTRACT

Introduction: Psychotherapeutic interventions in childhood and adolescence are recognized as a mental treatment and as a tool to reduce psychological disorders in youth and adulthood. Therefore, there is an increasing concern about evidence of effectiveness of mental disorder interventions and adequacy of measurement. The objectives of this systematic review were to investigate predominant research designs and instruments used in Brazilian studies describing psychotherapeutic interventions with children and adolescents and to examine how these instruments are described regarding evidence of validity and reliability. **Method:** Five databases were surveyed, and for each one two independent judges performed the selection of records and applied the inclusion and exclusion criteria. **Results:** The final database comprised 28 papers, in which 92 instruments were referred. Fifty-seven instruments cited did not have descriptions of evidence of validity for the Brazilian population; for 31 instruments, validity evidence was mentioned, but the study did not detail which validity parameter was used; three studies described content validity evidence for their instruments. Furthermore, information about reliability was described for only two instruments. **Conclusion:** A lack of studies in the field of child and adolescent psychotherapy was found in Brazil. There is a significant need for the field to attend both the psychometric properties and the quality of description of research instruments. The scientific production of studies focused on the evaluation of psychotherapeutic interventions may promote evidence-based psychotherapy and justify the offer of mental treatment in different contexts.

Keywords: Evaluation, psychometrics, psychotherapy, childhood, adolescence, systematic review.

Introduction

Most psychological disorders that are typically discovered when maturity is reached have an early beginning in childhood or adolescence.¹ Mental disorders are prevalent in up to 20% of children and adolescents worldwide, and 50% of mental disorders affecting adults begin during childhood.² The most commonly reported childhood psychiatric disorders – oppositional defiant disorder, attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), anxiety and depression – are associated with psychosocial damage such as school dropout, psychoactive substance use, risky behavior and other dysfunctions in adult life. Thus, the issue is not only individual but also social.² Despite the impact of childhood psychiatric disorders on the individuals' overall health and their lifetime effects, psychiatric interventions in adolescence and childhood are often neglected, especially in underdeveloped countries.^{2,3}

According to the World Health Organization, detecting and treating mental disorders in children and adolescents decreases the likelihood of long-term illness and reduces individual, family, community and health system stress.⁴ Therefore, it is relevant to highlight the importance of investing governmental funds in research into these early development stages with the aim of reducing the duration of untreated mental illnesses in childhood and adolescence, which may last for the entire adult life.² Generally, this type of government investment ends up being targeted toward treatments that provide evidence of results. Therefore, interest in evaluating the effectiveness of available therapeutic models and psychotherapeutic interventions has increased and has given strength to evidence-based therapies. This is especially relevant considering the growing prevalence of behavioral therapies and the need for evidence in support of recognized therapeutic models.⁵

A factor that has a major impact on these types of outcome-focused studies is the adoption of appropriate measurements, given that instrument selection can help to assure the trustworthiness and consistency of studies. In terms of clinical recognition, the degree of applicability and social utility that a study might achieve is based upon the adequacy of the measure to the researcher's objectives and design.⁶ It is not uncommon for studies to fail to report information regarding the validity, reliability and responsiveness of the measures employed. Some instruments are often used and assumed to be appropriate even though they may be of poor quality.⁷ Failure to properly describe the instruments used not only hinders the possibility of replicating the study but also weakens the credibility of the results.

In countries in which English is not the native language, such as Brazil, cases of instrument adaptation and translation are more frequent than the development and creation of original measurements.⁸ The choice to adapt an existing instrument instead of developing a new one may be common in Brazil due to the possibility of comparing data in different samples and contexts, thereby allowing greater equity in the evaluation.⁹ For this reason, it is important to respect the standardization steps in the instrument adaptation process¹⁰⁻¹² to ensure the methodological quality that characterizes evidence-based research. The Brazilian Federal Council of Psychology, the institution that regulates the use, elaboration and commercialization of psychological tests, considers the presentation of empirical evidence of validity and precision a mandatory requirement for instruments such as scales and inventories. The Federal Council of Psychology also states that foreign tests of any nature that are translated into Portuguese must be adjusted based on studies reporting evidence of validity, precision and normative data in a Brazilian sample before they can be applied in clinical settings in Brazil.¹³

In considering evidence-based psychotherapy in Brazil, one of the most remarkable aspects is the lack of psychotherapy evaluation studies and the great variety of psychotherapeutic techniques and models that lack scientific validation but are still being offered in the country.¹⁴ To change this situation, it is essential to clarify how the results of psychotherapeutic interventions are measured and how the effectiveness and efficacy of treatments are identified among different psychopathologies.^{14,15} However, it is unclear how psychologists use knowledge garnered by research in the field to make decisions regarding the selection of an evidence-based treatment, especially given the complexity of scientific literature, which may be difficult to understand for professionals outside the academy.¹⁶ This is even more true in Brazil, where there is little debate about evidence-based practice and a dearth of literature on the subject in Portuguese.¹⁷ Therefore, studies should seek to systematize the body of evidence related to psychotherapeutic processes and assessments in Brazil to qualify the interventions employed in the country and to make this body of knowledge available to clinical professionals

The objective of this study was to evaluate how Brazilian studies that researched psychotherapeutic interventions with children and adolescents based on different theoretical approaches have evaluated and measured their own results. For this purpose, we described the study designs as well as the different types of psychotherapeutic interventions and theoretical approaches adopted. In addition, we sought to investigate which instruments were used to assess interventions. Some aspects of the instruments employed were also identified (e.g.,

evaluation method, construct to be measured, respondent). In addition, we conducted a critical analysis of how the instruments, which are the core of effective studies, are described in the research. More specifically, we examined whether the researchers provided information (particularly regarding validity) about the instruments employed, thereby supporting their choice of measures. The purpose is not to find out whether the instrument has already been the object of previous validation studies in Brazil, but rather to determine whether studies in this field seek and describe scientific support, especially regarding psychometric properties, for the selection of the instruments.

Given this objective, the method chosen was a systematic review. The goal was to gather, recognize and synthesize different studies to gauge whether there are gaps in knowledge, inform proposals for improvement¹⁸ and provide a critical and reflexive analysis of the research results that goes beyond summarizing the data found.^{19,20} This method could help to identify how studies of psychotherapeutic interventions with children and adolescents are designed and how interventions themselves are evaluated and measured. Through this systematic review, we sought to emphasize possible gaps and opportunities for development regarding methods of evaluation in psychotherapeutic interventions with children and adolescents. Hence, the main objective of this study was to generate information to strengthen evidence-based therapy in Brazil, thereby improving clinical intervention within this age group in the country.

Method

To conduct this systematic review of instruments used in Brazilian studies where psychotherapeutic interventions with children and adolescents were developed, we followed the steps described by the checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA).²¹ All studies included in the final database were led by at least one Brazilian researcher, and the samples in all the papers comprised only Brazilian participants. Three resources were used for this search. First, the following databases were used to search for articles: 1) PubMed; 2) Scientific Electronic Library Online (SciELO); 3) Biblioteca Virtual em Saúde (BVS; affiliated with the Brazilian Ministry of Health); 4) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); and 5) Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC) – Latin America. The choice of keywords was based on Science Health Descriptors (Descritores em Ciências da Saúde – DeCS). Additionally, keywords not catalogued but recurrently used by psychologists and psychotherapists were

added to maximize the search potential. The second resource used was an interlibrary loan system, to obtain the complete copies of papers. Third, paper authors and journal editors were contacted when the previously listed retrieval methods were unsuccessful.

Four judges conducted the searches. Two of the authors of this study reviewed the PubMed, SciELO and BVS databases, and the other two examined the LILACS and PePSIC databases. The authors conducted the searches individually, applying the inclusion and exclusion criteria and then comparing the results with their working partner. In cases where their opinions diverged regarding the inclusion or exclusion of a study, a third judge who was not working in that database assessed the case to make the final decision. The search was performed in September 2017, with no date limitations in the databases. The following inclusion criteria were applied: 1) research that described group, individual, brief or single psychotherapeutic interventions with children and adolescents based on any theoretical approach; 2) articles in English, Spanish or Portuguese; 3) research that included a Brazilian sample and/or was led by at least one Brazilian researcher; and 4) research that used instruments and assessments to evaluate the interventions performed. After applying the inclusion criteria, the following exclusion criteria were observed: 1) papers duplicated across databases; and 2) studies for which we could not retrieve the full text or abstracts (i.e., when the editor or author did not return contact or when the interlibrary loan system could not provide the required material).

In all databases, we used Portuguese and English descriptors and strings. The model string for all surveys was: (youth OR adolescent OR child) AND (instrument OR scale OR test OR inventory OR assessment OR survey OR questionnaire OR measure) AND (psychotherapy) in English; the same string in Portuguese was also employed. Since the databases have different search logics, the descriptor string was adapted for each database, although coherence and homogeneity were maintained among all strings. To summarize, in PubMed, we used the advanced search, inserting the complete string in the open field “Advanced Search Builder.” Considering that this database has worldwide reach, the descriptor Brazil OR Brasil was added to the string in hopes of refining the results. The SciELO database has two search options: free entry field, which requires the selection of just one logical operator (AND or OR) and therefore does not support the use of the model string, and advanced search, which has three separate fields for the search. Thus, in the first field, we entered the descriptor youth OR adolescent OR child, in the second instrument OR scale OR test OR inventory OR assessment OR survey OR questionnaire OR measure, and in the third we entered the descriptor psychotherapy. The BVS database, in contrast, provides only

separate fields for the search, and each descriptor within the complete string must be added separately. Finally, Lilacs allows the complete string to be entered into the search field, whereas PePSIC does not return results when the complete string is used in the free entry field. Therefore, to amplify the search potential, we selected the broader descriptors from the string and applied them in the basic form, which contains only three fields. In the first, we entered the descriptor child, in the second adolescent, and in the third psychotherapy.

With regard to the term psychotherapeutic intervention, the present review used Kazdin's²² conceptual perspective, which describes it as having a focus on improving the individual's adaptation and helping to reduce harmful behavior, psychological symptoms or complaints through psychological processes such as social support, interpersonal influence, and learning. The author's concept ranges from classic psychotherapeutic intervention, such as individual or group therapy derived from largely widespread approaches such as psychoanalysis and cognitive behavioral therapy, to non-traditional interventions with theoretical and scientific bases, such as boot camps where children are responsible for an animal or activity. Retrospective studies were not considered.

Descriptive statistical techniques were performed using the Statistical Package for the Social Sciences version 19.0 to identify frequencies within the studies' designs, types of psychotherapeutic intervention, theoretical approaches and instrument evaluation method (whether projective or psychometric) of the psychotherapeutic intervention.

Results

The first search yielded 1,179 records (SciELO [28], BVS [586], Lilacs [281], PePSIC [149], PubMed [135]). After applying the inclusion criteria, only 62 records remained in the database (SciELO [7], BVS [5], Lilacs [22], PePSIC [15], PubMed [13]). The exclusion criteria removed a further 34 articles from the selection, leaving only 28 records remaining in the final analysis (SciELO [5], BVS [2], Lilacs [7], PePSIC [7], PubMed [7]). Among the 28 studies that comprised the final database, only two required assistance of the third judge to determine their inclusion. The process is shown in Figure 1, which illustrates the records found, denoting results obtained using the Portuguese and English strings.

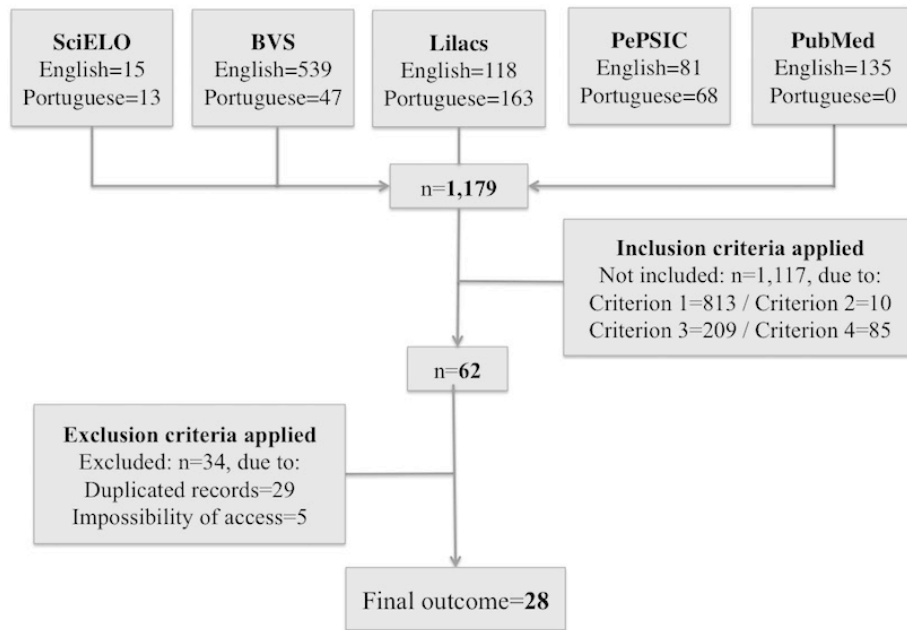


Figure 1: Search flow.

Of the 28 articles included in the final database, 60.7% (n=17) were written in Portuguese and 7.1% (n=2) in Portuguese and English; the remaining articles were written in English. Designs were divided into quantitative (n=15, 53.5%) and qualitative (n=12, 42.8%), and one article used a mixed method. Only 28.5% were published in the past 5 years (2012 to 2016; papers issued in 2017 were not found). The year with the highest number of publications (n=4) was 2015. The first article found was published in 1991. In the final sample, studies adopting the psychoanalytic (n=10) and cognitive-behavioral (n=7) approaches predominated. Five studies sampled more than 50 participants, and only one sampled more than 100 individuals; eight articles were single case studies. The final outcome showed that 53.5% (n=15) of the studies were performed with children, 32.1% (n=9) with adolescents and 14.2% (n=4) with both children and adolescents. Considering the evaluation methods of the psychotherapeutic interventions performed, 60.7% (n=17) used psychometric instruments, 25% (n=7) projective instruments, and 14.2% (n=4) used both psychometric and projective instruments. Furthermore, 64.2% (n=18) of the studies used instruments that were answered only by the patients, disregarding the perspectives of the school, parents and psychotherapists. Thirteen studies (46.4%) assessed individual interventions, and twelve focused on group therapy (42.8%). One study developed both individual and group therapy,

one focused on family therapy, and one developed a behavioral intervention for enuresis using a urine alarm.

Half of the studies adopted measures specific to the pathology observed or provided as the reason for the consultation, such as depression, anxiety, intelligence, sexual abuse or eating disorder scales. Regarding the overall assessment of patient functioning (behavior, feelings, patient experience) or treatment outcome or progress, studies employed the following instruments to measure intervention effectiveness: five studies used The Child Behavior Checklist (CBCL),²³ three the Children's Global Assessment Scale (CGAS),²⁴ and three used the 36-Item Short Form Health Survey (SF-36).²⁵ Two studies employed the Clinical Global Impression (CGI),²⁶ and another two employed the Child Psychotherapy Q-Set (CPQ).²⁷ Other instruments were employed only once among the identified articles, namely: Questionário Parental de Sintomas (Parental Symptom Questionnaire; without pointed reference), Profile of Mood States (POMS),²⁸ Development and Well-Being Assessment,²⁹ and Youth Quality of Life Instrument-Research Version (YQOL-R).³⁰

The quality of the description of the instruments used in the studies was also analyzed, or, more specifically, whether the validity or reliability of evidence within the Brazilian population was mentioned, taking into account that all studies had a Brazilian sample. Of the 92 instruments referenced in the 28 articles, 57 (61.9%) did not have descriptions about evidence of validity within the Brazilian population; for 31 instruments (33.6%), validity evidence was mentioned, but the study did not detail which validity parameter was used. Only three studies described content validity evidence for the instruments used. Furthermore, information about reliability was described for only two instruments. All results are shown in Table 1.

Table 1
Instruments' description regarding evidence of validity and reliability.

Authors	Year of publication	Age group	Psychopathological frameworks	Instruments/Assessments	Evidences of Validity	Evidences of Reliability
Golfeto ³¹	1991	Children	Psychosomatic disorder	Sandplay	-	-
Jordy & Gorodsey ³²	1996	Children	ADHD	Wechsler Intelligence Scale Test for Children	-	-
				Trinca Story-Drawing Test	-	-
				Concentrated Attention Test of the CEPA Battery	-	-
				Bender Gestalt Test	-	-
D'Afonseca & Williams ³³	2003	Children	Without specific pathology/Multiple complaints	The Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC)	-	-
				Pies-Harris Self-Esteem Scale	-	-
				Child Behavior Checklist (CBCL)	EV	-
				Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale	-	-
Asbahr et al. ³⁴	2005	Children & Adolescents	OCD	NIMH Global Obsessive Compulsive Scale	-	-
				The Clinical Global Impression	-	-
				The Children's Global Assessment Scale	-	-
				Children's Depression Inventory	-	-
				Multidimensional Anxiety Scale for Children	-	-
				Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia	-	-
				Yale Global Tic Severity Scale	-	-
Sauaia & Araújo ³⁵	2005	Children & Adolescents	Sexual abuse/Mistreatment	The Human Figure Drawing Test	-	-
				Sandplay	-	-
Carnier et al. ³⁶	2008	Adolescents	Eating disorder	Binge Eating Scale (BES)	EV	-
				Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE)	EV	-

Coelho ³⁷	2008	Children	Encopresis	Questionário de Atividade de Vida Diária/Daily Activity Questionnaire Questionário sobre a Encoprese/Encopresis Questionnaire	- -	- -
Deakin & Link ³⁸	2008	Children	Without specific pathology/Multiple complaints	The Rorschach Test	-	-
Fernandes et al. ³⁹	2008	Adolescents	Depression	Children's Depression Rating Scale Child Behavior Checklist (CBCL) - Youth Self-Report Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil (Child and Youth Self-Concept Scale; EAC-IJ) Child Behavior Checklist (CBCL)	- - -	- - -
Habigzang et al. ⁴⁰	2008	Children	Sexual abuse/Mistreatment	Children's Attributions and Perceptions Scale (CAPS) Children's Depression Inventory (CDI) Escala de Estresse Infantil (Child Stress Scale; ESI) The State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-CH)	Content Validity EV Content Validity	- Paper describes internal consistency evidence and correlation with other measures -
Deakin & Nunes ⁴¹	2009	Children	Without specific pathology/Multiple complaints	Bender Gestalt Test Wechsler Intelligence Scale Test for Children The Rorschach Test Child Behavior Checklist (CBCL)	- EV -	- - -
Habigzang et al. ⁴²	2009	Children & Adolescents	Borderline Disorder	Children's Attributions and Perceptions Scale (CAPS) Children's Depression Inventory (CDI) Escala de Estresse Infantil (Child Stress Scale; ESI) The State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-CH)	Content Validity EV EV	- Paper describes internal consistency evidences -
Lofrano-Prado et al. ⁴³	2009	Adolescents	Eating disorder	State-Trait Anxiety Inventory SF-36 Beck Depression Inventory (BDI) Body Shape Questionnaire (BSQ) Binge Eating Scale (BES)	EV EV EV EV EV	- - - - -
Fonseca & Pacheco ⁴⁴	2010	Children	Without specific pathology/Multiple complaints	Raven's Progressive Matrices Test Seqüências Lógicas/Logical Sequences Tarefas de Habilidades Aritméticas/Arithmetic Skills Tasks Questionário Parental de Sintomas/Parental Symptom Questionnaire	- - - -	- - - -
Gomide ⁴⁵	2010	Adolescents	Aggressive behavior	Inventário de Estilos Parentais/Parenting Styles Inventory	-	-
Telles et al. ⁴⁶	2010	Children	Speech development disorders	HTP	-	-
Turkiewicz et al. ⁴⁷	2010	Adolescents	Eating disorder	Eating Disorder Examination-Questionnaire The Children's Global Assessment Scale Development and Well-being Assessment	- - -	- - -
Bolsson & Benetti ⁴⁸	2011	Children	Anguish and Phobias	Teste das Fábulas	Content Validity	-
Ramires & Godinho ⁴⁹	2011	Children	Without specific pathology/Multiple complaints	Fables Test Manchester Child Attachment Story Task (MCAST)	- -	- -
Steibel et al. ⁵⁰	2011	Children	Without specific pathology/Multiple complaints	Child Behavior Checklist (CBCL) Bender Gestalt Test The Human Figure Drawing Test Fables Test Ficha de Informação sobre a Criança/Child Information Record	- - - - -	- - - - -
Silvaes & Pereira ⁵¹	2012	Children & Adolescents	Enuresis	Child Behavior Checklist (CBCL)	-	-
De Souza et al. ⁵²	2013	Adolescents	Anxiety	The Clinical Global Impression The Pediatric Anxiety Rating Scale The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) The Children's Global Assessment Scale Children's Depression Inventory (CDI) Youth Quality of Life Instrument-Research Version (YQOL-R) SNAP-IV	- - - - - - -	- - - - - - -
Sbardelotto & Donelli ⁵³	2014	Children	Without specific pathology/Multiple complaints	HTP Fables Test Binge Eating Scale (BES) Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE)	- - EV EV	- - - -
Corgosinho et al. ⁵⁴	2015	Adolescents	Sleep disorder	Body Shape Questionnaire (BSQ) Beck Depression Inventory (BDI) Profile of Mood States (POMS) SF-36	EV EV EV EV	- - - -
Fidelix et al. ⁵⁵	2015	Adolescents	Eating disorder	Eating Attitudes Test (EAT-26) Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE) Binge Eating Scale (BES) The State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-CH) Beck Depression Inventory (BDI) Body Shape Questionnaire (BSQ) SF-36	EV EV EV EV EV EV EV	- - - - - - -
Gastaud et al. ⁵⁶	2015	Children	Without specific pathology/Multiple complaints	Child Psychotherapy Q-Set (CPQ) The Rorschach Test Beck Depression Inventory (BDI) State-Trait Anxiety Inventory Body Shape Questionnaire (BSQ)	- - EV EV EV	- - - - -
Masquio et al. ⁵⁷	2015	Adolescents	Eating disorder	Binge Eating Scale (BES) Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE)	EV EV	- -
Carvalho et al. ⁵⁸	2016	Children	Without specific pathology/Multiple complaints	Child Psychotherapy Q-Set (CPQ)	-	-

- = evidence of validity or reliability was not described for the Brazilian population; ADHD = attention deficit/hyperactivity disorder; CV = content validity; EV = evidence of validity was mentioned, but studies did not detail which validity parameter was used; HTP = The House-Tree-Person test; OCD = obsessive-compulsive disorder; SF-36 = 36-Item Short Form Health Survey; SNAP-IV = Swanson, Nolan and Pelham questionnaire.

Discussion and considerations

Studies that seek to evaluate the results of psychotherapeutic interventions with children and adolescents are extremely relevant for indicating the possibilities, benefits and limits of each modality of intervention for different pathologies or psychological structures. That type of study, which aims to evaluate results in the health field, should seek the most accurate, reliable and cautious way to measure the phenomenon observed. The decision regarding the preferred treatment for a particular pathology should be based on the most accurate data available. Therefore, information on the validity of the instruments used for this purpose is extremely important. Considering that this systematic review was performed in five databases in September 2017 without time limitations, the outcome – that only 28 studies focusing on psychotherapeutic intervention with children and adolescents in Brazil used some type of instrument or assessment to measure their own result – indicates a significant lack of research into mental health in this population. These findings reinforce the fact that the field of quantitative measurement of psychotherapy effects remains insufficiently explored (and perhaps inadequately valued) by Brazilian researchers.⁵⁹ Instruments are an essential tool for research designs that aim for external validity and generally applicable results.⁶⁰ Qualitative research designs, which are widely employed in the psychotherapy research field, do not contribute to the generalization of the results of interventions or evaluations performed.

The scarcity of research on psychotherapeutic interventions can also obscure the identification of variables that promote positive and negative treatment outcomes and that may contribute substantially to the development of evidence-based and effective practices and techniques.⁶¹ Moreover, this gap restricts the offer of psychological interventions in places where only treatments that show evidence of effectiveness are available; for example, the difficulty in demonstrating the efficacy of psychotherapy limits its adaptation into public health systems. This is one of the reasons why health psychology demands suitable measurements of psychological phenomena.⁶² Socially vulnerable adults and children are at risk of developing mental disorders due to financial difficulty, inappropriate housing, dysfunctional relationships and social prejudice. This is why it is so important that they have access to mental health services that offer evidence-based interventions.⁶³ For this reason, the development and employment of instruments that maximize the validity potential of research results can expand the impact of evidence-based psychotherapy and help to open new paths and fronts for law projects, public policies and/or investment of public resources in services and treatments focused on mental health.

It is worth noting that half of the studies reviewed did not use specific evaluations of the process or outcome in psychotherapy or global assessments of patient functioning; they focused on the evaluation circumscribed to the specific symptom or complaint that motivated the search for psychotherapy. One explanation for this may be the limited instruments available to the Brazilian population that evaluate both processes and outcomes in psychotherapy with evidence of validity and that are aimed at youth groups. Another explanation is the lack of research investment in the field of psychotherapy for children and adolescents, as indicated by the small number of studies found. However, it is important to note that psychotherapy results that evaluate only the relief of specific symptoms do not take into account other variables related to psychotherapy, such as comorbidities or contextual variables. The psychotherapeutic process is an extremely complex phenomenon with innumerable interacting variables, including patient features (social and economic lifestyle, comorbidities, set of varied psychopathological frameworks), therapist profile (personally and professionally), and institutional characteristics of where treatment takes place (quality of services and resources, professional support).⁶⁴ Thus, instruments used in psychotherapy research must take into account – and measure – not only symptom relief but also overall improvement of patient functioning.⁶⁵

Another relevant issue is the lack of characterization and description of the instruments used in the studies: few describe evidence of validity or reliability of its measures. Evidence of validity for use with certain populations provides assurance that the instrument is capable of measuring what it is intended to measure and has adequate psychometric properties. The process of adapting an instrument to another culture is not only limited to the translation process but should follow a rigorous method that guarantees the validity of the instrument content and respects the cultural richness of each environment.⁶⁶ Although publication guidelines may impose a reduction in the size of manuscripts, thereby compressing the details on instruments used, information on the measures that support the conclusion of the study is essential for analyzing the quality of the process conducted by researchers.

Given the fact that 64.2% of the 28 studies only assessed patient perception of the psychotherapeutic process, it is necessary to discuss the limitations of self-report measures and the restrictions of the participants' self-assessment about his/her own behaviors, feelings and thoughts. There is no absolute correspondence between what is reported and what is actually experienced. In this way, using more than one instrument – or more than one

evaluated perspective – reduces self-reporting biases and allows the triangulation of data, establishing a more thorough method for psychological evaluations.⁶⁷ Triangulating data among measurements that assess the perspective of the patient, close relatives, teachers, patient's friends and the therapist could make research designs substantially more robust.⁶⁴ The wide use of instruments answered only by patients is also a limiting factor when the participants are pre-verbal or non-literate children. Because self-assessment through psychometric measures is very difficult or impossible in these cases, these patients need the evaluation of an external observer who can help to check the treatment progress. Considering that the evaluation of treatment effectiveness in pre-verbal children depends almost exclusively on their guardians' or therapist's assessment, we found a surprising dearth of studies that use other perspectives to evaluate treatment outcomes.

Limitations

The objective of the present review was to offer an overview of how psychotherapeutic intervention studies on children and adolescents have been methodologically developed with a particular emphasis on the measures used and their description by researchers. The limitations of this study are due to language and the number of databases involved; both limitations may have excluded papers that would have fit this systematic review's inclusion criterion. As a suggestion, other studies should widen their searches to other countries to identify whether the lack of data on child and adolescent psychotherapy is only a Brazilian issue or if it is part of a larger dilemma. Another limitation of this review is that it does not cover whether the studies that were described as providing validity and reliability evidence for their instruments (and those that were not) actually used valid and reliable instruments for the Brazilian context and target population. Although this was not the objective of the present review and would exceed our initial scope, we suggest future reviews on this topic.

Implications

There is an ample scope for the development of studies in this area, as demonstrated by the limited number of studies in the field of child and adolescent psychotherapy that use

instruments that provide evidence of validity to evaluate results and that take place in Brazil. The American Psychological Association has encouraged the development of standardized measures to help therapists evaluate the diagnostic process and therapeutic progress.⁶⁸ To qualify mental health interventions and increase their applicability to different populations, we suggest that research should focus on the development of instruments to assess these interventions and that the benefits of such research should be shared beyond academic boundaries.

References

1. Patel V, Flisher AJ, Hetrik S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007;9569:1302-13.
2. Klasen H, Crombag AC. What works where? A systematic review of child and adolescent mental health interventions for low and middle income countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:595-11.
3. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378:1515-25.
4. World Health Organization. Mental health policy and service guidance package: Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: WHO; 2005.
5. Pheula GF, Isolan LR. Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34:74-83.
6. Coster WJ. Making the best match: selecting outcome measures for clinical trials and outcome studies. *Am J Occup Ther*. 2013;67:162-70.
7. Gadotti, IC, Vieira, ER, Magee, DJ. Importance and clarification of measurement properties in rehabilitation. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10:137-46.
8. Gudmundsson E. Guidelines for translating and adapting psychological instruments. *Nord Psychol*. 2009;61:29-45.
9. Hambleton RK. Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In: Hambleton RK, Merenda PF, Spielberger CD, editors. *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 2005. p. 3-38.
10. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paideia*. 2012;22:423-32.
11. Gjersing L, Caplehorn JRM, Clausen T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical. *BMC Med Res Methodol*. 2010;10:13.
12. Pasquali L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: Pasquali L. editor. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 165-98.
13. Brasil, Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 002/2003. Brasília: CFP; 2003. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/05/resoluxo022003.pdf>
14. Baptista MN. Questões sobre avaliação de processos psicoterápicos. *Psicol Pesq*. 2010;4:109-17.
15. Chaves G, Lopes SMP, Perez GH, Watanabe DM, Romano BW. Instrumentos de avaliação de resultados em psicoterapia individual com pacientes adultos acometidos por doenças orgânicas: uma revisão sistemática. *Rev SBPH*. 2016;19:57-75.
16. Chorpita BF, Daleiden EL, Ebesutani C, Young J, Becker KD, Nakamura BJ, et al. Evidence-based treatments for children and adolescents: an updated review of indicators of efficacy and effectiveness. *Clin Psychol Sci Prac*. 2011;18:154-72.
17. Leonardi JL, Meyer SB. Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicol Cienc Prof*. 2015;35:1-18.
18. De-la-Torre-Ugarte MC, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Revisão sistemática: noções gerais. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45:1260-66.

19. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Braz J Phys Ther.* 2007;11:83-9.
20. Costa AB, Zoltowski APC, Koller SH, Teixeira MAP. Construção de uma escala para avaliar a qualidade metodológica de revisões sistemáticas. *Cien Saude Colet.* 2015;20:2441-52.
21. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *BMJ.* 2009;6:339-66.
22. Kazdin, AE. Understanding change: from description to explanation in child and adolescent psychotherapy research. *J Sch Psychol.* 2000;38:337-48.
23. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families; 2001.
24. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry.* 1983;40:1228-31.
25. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol Engl Ed.* 1999;39:143-50.
26. Guy W. ECDEU Assessment manual for psychopharmacology, Revised. Rockville: National Institute of Mental Health; 1976.
27. Schneider C. The development of the Child Psychotherapy Q-Set [dissertation]. Berkeley: University of California; 2004.
28. McNair DM, Lorr M, Droppleman LF. Manual for the Profile of Mood States. San Diego: Educational and Industrial Testing Service (EdITS); 1971.
29. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The development and well-being assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry.* 2000;41:645-55.
30. Edwards TC, Huebner CE, Connell FA, Patrick DL. Adolescent quality of life, Part I: conceptual and measurement model. *J Adolesc.* 2002;25:275-86.
31. Golfeto JH. A psicossomática de um caso clínico infantil. *Rev ABPAPAL.* 1991;13:68-74.
32. Jordy CF, Gorodscy RC. The hyperactive child and the body: a clinical study on the origin of hyperactivity in children. *Arq Neuropsiquiatr.* 1996;54:628-36.
33. D'Affonseca SM, Williams LCA. Clubinho: intervenção psicoterapêutica com crianças vítimas de violência física intrafamiliar. *Temas Desenvolv.* 2003;67:33-43.
34. Asbahr FR, Castillo AR, Ito LM, Latorre MR, Moreira MN, Lotufo-Neto F. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44:1128-36.
35. Sauaia NML, Araújo CA. Psicoterapia de orientação junguiana com foco corporal para grupos de crianças vítimas de violência: avaliando habilidades da resiliência. *Temas Desenvolv.* 2005;14:30-8.
36. Carnier J, Lofrano MC, Prado WL, Caranti DA, de Piano A, Tock L, et al. Hormonal alteration in obese adolescents with eating disorder: effects of multidisciplinary therapy. *Horm Res Paediatr.* 2008;70:79-84.
37. Coelho LSG. Vicarious learning in toilet training through an animated film: case study of behavioral play therapy. *Psicol Cienc Prof.* 2008;28:846-61.
38. Deakin EK, Graeff RL. O teste do Rorschach na avaliação dos resultados da psicoterapia com crianças. *Publ CEAPIA.* 2008;17:74-84.

39. Fernandes LFB, Silveira LR, Miyazaki MC, Domingos NAM, Luiz AMAG, Micheletto MRD. Eventos aversivos e depressão na adolescência: relato de caso. *Rev Bras Ter Cogn*. 2008;4:65-72.
40. Habigzang LF, Hatzenberger R, Corte FD, Stroehrer F, Koller S. Avaliação de um modelo de intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual. *Psic Teor Pesq*. 2008;24:67-75.
41. Deakin EK, Nunes MLT. Child psychotherapy dropout. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2009;31:145-51.
42. Habigzang LF, Stroehrer FH, Hatzenberger R, Cunha RC, Ramos MS, Koller SH. Cognitive behavioral group therapy for sexually abused girls. *Rev Saude Publica*. 2009;43:70-8.
43. Lofrano-Prado MC, Antunes HKM, do Prado WL, de Piano A, Caranti DA, Tock L, et al. Quality of life in Brazilian obese adolescents: effects of a long-term multidisciplinary lifestyle therapy. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:61.
44. Fonseca RP, Pacheco JTB. Análise funcional do comportamento na avaliação e terapia com crianças. *Rev Bras Ter Comp Cogn*. 2010;12:1-19.
45. Gomide PIC. Abuso, negligência e parricídio: um estudo de caso. *Temas Psicol*. 2010;18:219-30.
46. Telles JCCP, Sei MB, Arruda SLS. Comunicação silenciosa mãe-bebê na visão winnicottiana: reflexões teórico-clínicas. *Aletheia*. 2010;33:109-22.
47. Turkiewicz G, Pinzon V, Lock J, Fleitlich-Bilyk B. Feasibility, acceptability, and effectiveness of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: an observational study conducted in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32:169-72.
48. Bolsson JZ, Benetti SPC. Angústia infantil: um estudo de caso clínico. *Aletheia*. 2011;34:61-80.
49. Ramires VRR, Godinho LR. The mentalization-based treatment of children who were maltreated. *Psicol Estud*. 2011;16:61-70.
50. Steibel D, Hallberg AE, Sanchotene B, Campezzato PM, Silva MR, Nunes MLT. A latência na atualidade: considerações sobre crianças encaminhadas para psicoterapia. *Aletheia*. 2011;36:51-68.
51. Silvares EFM, Pereira RF. Adherence in health and psychotherapy: conceptualization and application in nocturnal enuresis. *Psicol USP*. 2012;23:539-58.
52. De Souza MA, Salum GA, Jarros RB, Isolan LR, Davis R, Knijnik DZ, et al. Cognitive-behavioral group therapy for youths with anxiety disorders in the community: effectiveness in low and middle income countries. *Behav Cogn Psychother*. 2013;41:255-64.
53. Sbardelotto FC, Donelli TMS. Entre bruxas e lobos: o uso dos contos de fadas na psicoterapia de grupo com crianças. *Contextos Clinic*. 2014;7:37-48.
54. Corgosinho FC, Ackel-D'Elia C, Tufik S, Dâmaso AR, de Piano A, Sanches PL, et al. Beneficial effects of a multifaceted 1-year lifestyle intervention on metabolic abnormalities in obese adolescents with and without sleep-disordered breathing. *Metab Syndr Relat Disord*. 2015;13:110-18.
55. Fidelix YL, Júnior JCF, Lofrano-Prado MC, Guerra RLF, Cardel M, Prado WL. Multidisciplinary intervention in obese adolescents: predictors of dropout. *Einstein (Sao Paulo)*. 2015;13:388-94.
56. Gastaud MB, Carvalho C, Goodman G, Ramires VRR. Assessing levels of similarity to a "psychodynamic prototype" in psychodynamic psychotherapy with children: a case study approach (preliminary findings). *Trends Psychiatry Psychother*. 2015;37:161-65.

57. Masquio DC, de Piano A, Campos RM, Sanches PL, Carnier J, Corgosinho FC, et al. The role of multicomponent therapy in the metabolic syndrome, inflammation and cardiovascular risk in obese adolescents. *Br J Nutr.* 2015;113:1920-30.
58. Carvalho C, Godinho LR, Ramires VRR. O processo psicoterapêutico de uma criança: análise baseada no Child Psychotherapy Q-Set. *Temas Psicol.* 2016;24:1153-67.
59. Abreu JRP, Piccinini W, Cacilhas A, Trahtman CE, Thorman NJ. Psicoterapia no Brasil: duas décadas através de publicações psiquiátricas. *Rev Bras Psicoter.* 2000;2:89-104.
60. Fonagy P. The research agenda: the vital need for empirical research in child psychotherapy. *J Child Psychother.* 2003;29:129-36.
61. Peuker AC, Habigzang LF, Koller SH, Araujo LB. Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicol Estud.* 2009;14:439-45.
62. Gorayeb R. Psicologia da saúde no Brasil. *Psic Teor Pesq.* 2010;26:115-22.
63. Santiago CD, Kaltman S, Miranda J. Poverty and mental health: how do low-income adults and children fare in psychotherapy? *J Clin Psychol.* 2013;69:115-26.
64. Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. 2nd ed. London: Guilford Press; 2005.
65. Hibbs ED. Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2001;10:3-11.
66. Delgado-Rico E, Carretero-Dios H, Ruch W. Content validity evidences in test development: an applied perspective. *Int J Clin Health Psychol.* 2012;12:449-59.
67. Kohlsdorf M, Junior ADL. O autorrelato na pesquisa em psicologia da saúde: desafios metodológicos. *Psicol Argum.* 2009;27:131-39.
68. American Psychological Association. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol.* 2006;61:271-85.

3. SEÇÃO EMPÍRICA: MANUSCRITO I

Psicoterapia com crianças e adolescentes: Evidências de validade do Y-OQ 2.01 para o Português brasileiro

RESUMO

Introdução: É inquestionável a importância de intervenções precoces e efetivas na área da saúde mental com crianças e adolescentes. É consenso entre a psiquiatria e psicologia infantil o fato de que quadros psicológicos não diagnosticados ou tratados na juventude prejudicam consideravelmente o desempenho acadêmico, profissional, psicológico e físico do adulto. É fundamental, portanto, obter ferramentas cada vez mais confiáveis para monitorar o êxito ou fracasso destas intervenções. No Brasil, são escassos os estudos na área da psicoterapia com crianças e adolescentes, e o número de instrumentos para avaliar o sucesso da psicoterapia são exíguos. **Objetivo:** Adaptar e investigar as propriedades psicométricas da versão em português brasileiro do *Youth Outcome Questionnaire 2.01*, instrumento para a avaliação de processo e resultado de psicoterapia com crianças e adolescentes a partir da perspectiva dos pais ou responsáveis legais. **Método:** Foi realizada uma adaptação transcultural com o instrumento e foram investigadas suas propriedades psicométricas. Buscamos por evidências de validade de conteúdo e de construto, mediante análise fatorial confirmatória, exploratória e análise de rede (*network*). A amostra foi composta por 341 pais ou responsáveis legais de crianças (N=172) e adolescentes (N=163) de 1 a 19 anos de idade ($M=9,44$; $DP=4,20$), 51% dos jovens eram do sexo masculino. **Resultados:** A análise fatorial confirmatória com base no modelo original de seis fatores não apresentou bons índices de ajuste. A análise fatorial exploratória apontou um modelo de dois fatores que apresentou bons índices de ajuste, o que se alinha a outros estudos que categorizam comportamentos e sintomas de crianças e adolescentes em dois grandes grupos: internalizantes e externalizantes. Alfas de Cronbach para estes dois fatores foram 0,92 e 0,93, respectivamente. Avaliando a *Expected Influence* (EI) entre os nós que compuseram a análise de rede, identificou-se sintomas que parecem ativar redes que descrevem problemas de internalização e externalização de crianças e adolescentes. **Conclusão:** O Y-OQ 2.01 demonstrou possuir evidências de validade de conteúdo e de construto para a língua portuguesa do Brasil. Estes dados permitem seu uso por psicoterapeutas brasileiros de qualquer abordagem teórica que busquem qualificar o planejamento, monitoramento e avaliação de resultados dos tratamentos oferecidos. Novos estudos de validade, fidedignidade e normatização devem ampliar estas evidências usando amostras maiores, probabilísticas e de outras regiões brasileiras.

Palavras-chaves: Estudos de Validação; Psicometria; Transtornos Mentais; Criança; Adolescente; Avaliação de Eficácia-Efetividade de Intervenções.

Children and adolescents' psychotherapy: Evidences of validity of the Brazilian Portuguese Youth Outcome Questionnaire 2.01

ABSTRACT

Introduction: The importance of early and effective interventions in children and adolescents' mental health is unquestionable. It is a consensus for child psychiatry and psychology that undiagnosed and untreated psychological problems in young patients have the potential to considerably impair the academic, professional, psychological and physical adult life. Thus, there is a great need to develop reliable tools to monitor the success or failure of these interventions. In Brazil, there are few studies in children and adolescents' psychotherapy area, and the number of instruments to evaluate the success of psychotherapy is minor. **Objectives:** To adapt and investigate the psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Youth Outcome Questionnaire 2.01, an instrument that seeks to evaluate process and outcome of psychotherapy with children and adolescents, from the parents or legal guardians' perspective. **Method:** A cross-cultural adaptation was performed and the instrument's psychometric properties were investigated. We examined content and construct validity evidences through confirmatory and exploratory factorial analysis, and a network analysis. The sample consisted of 341 parents or legal guardians of children (N=172) and adolescents (N=163) from 1 to 19 years old (M=9.44, SD=4.20), 51% of the youth were male. **Results:** Confirmatory factorial analysis based on the original six-factor model did not present good fit indexes. An exploratory factorial analysis was performed and a two factor model presented good fit indexes and was supported by other studies that categorize children and adolescents' behaviors or symptoms into two main groups: internalizing and externalizing. Cronbach's alphas for these two factors were 0.92 and 0.93, respectively. Evaluating the Expected Influence (EI) among the nodes that composed the network analysis, we pointed out to symptoms that seem to activate networks that describe children and adolescents' internalization and externalization problems. **Conclusion:** There is evidence of content and construct validity for the Y-OQ 2.01 Brazilian Portuguese version. Our findings allow its use by Brazilian psychotherapists of any theoretical approach that seeks to qualify the planning, monitoring and evaluation of treatments' results. New validity, reliability and standardization studies should amplify this evidence using larger and probabilistic samples, and also samples from other Brazilian regions.

Keywords: Validation Studies; Psychometrics; Mental Disorders; Child, Adolescent; Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions.

Introdução

Recursos humanos, financeiros e científicos na área da saúde mental com crianças e adolescentes são escassos em países emergentes, onde prevalece uma grande lacuna entre necessidades e oferta de tratamento. Assim, esforços vem sendo feitos entre acadêmicos e pesquisadores para identificar oportunidades de melhoria nos tratamentos de saúde mental infantil no mundo todo, particularmente em países subdesenvolvidos (Belfer, 2008; Klasen & Crombag, 2013; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Todo este esforço decorre do consenso de que os quadros psiquiátricos infantis podem implicar em importantes riscos psicossociais na vida adulta. Mesmo quando estes quadros não culminam em um transtorno definido na adultez, um distúrbio na infância ou adolescência tem o potencial de empobrecer o desempenho educacional e profissional do adulto e agravar problemas com a lei ou aspectos de isolamento e suicídio, além de aumentar a fragilidade física e outros problemas de saúde (Costello & Maughan, 2015). Por isso, intervenções precoces e efetivas na área da saúde mental são de extrema relevância para o curso favorável do desenvolvimento global.

A avaliação e mensuração do resultado destas intervenções é, por sua vez, uma necessidade crítica para pesquisadores, psicólogos, psiquiatras e para os mais variados sistemas de saúde. Medidas de resultado são ferramentas valiosas para demonstrar o progresso do paciente, sendo este monitoramento essencial para determinar se o tratamento empregado está funcionando para aquele paciente naquele momento específico (Burlingame, Wells, Lambert, & Cox, 2004). O monitoramento regular de resultados vem sendo enfatizado como aspecto importante da psicoterapia baseada em evidências e é fundamental para o ajuste do tratamento caso o paciente não responda como o esperado (American Psychological Association, 2006). Em um estudo realizado com 539 terapeutas de crianças e adolescentes sobre avaliação de resultados, 23% relataram usar medidas padronizadas de resultados com seus clientes adolescentes. As cinco principais informações que emergiram destas avaliações e que os clínicos consideraram relevantes para o andamento da psicoterapia são a possibilidade de investigar história de maus-tratos, avaliar estressores passados e presentes, conhecer o funcionamento familiar, observar a qualidade da relação com os pais e a força da aliança terapêutica (Bickman, Lambert, Andrade, & Penaloza, 2000).

Ainda que a avaliação do progresso e resultado em psicoterapia apresente desafios com relação aos aspectos subjetivos inerentes ao processo – e que, por sua natureza, são difíceis de medir – pesquisadores sugerem que até desfechos psicoterápicos inconscientes são passíveis de quantificação (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin, & Lutzman, 2013). Entretanto, a *American Psychological Association* (2008) refere uma escassez de medidas confiáveis ou válidas para determinar a eficácia e efetividade de práticas terapêuticas comumente empregadas e indica que o fortalecimento da psicoterapia baseada em evidências para crianças e adolescentes requer a identificação, mensuração e o monitoramento do processo e do desfecho psicoterápico. A relevância das medidas de avaliação de psicoterapia também incide sobre a área científica; quando empregadas no âmbito da pesquisa, estas medidas aumentam a aplicabilidade e utilidade social dos dados levantados – desde que ofereçam evidências de validade para a população em questão e estejam alinhadas aos objetivos, problema e delineamento da pesquisa. Ademais, são especialmente relevantes quando permitem a triangulação de dados para a avaliação completa de um tratamento, agregando informações oriundas de múltiplos informantes: família, criança, clínicos, supervisores e agências financiadoras privadas e públicas (Coster, 2013).

No Brasil, são escassos os estudos na área da psicoterapia com crianças e adolescentes, especialmente aqueles que utilizem instrumentos psicométricos para avaliar resultado e processo das intervenções realizadas (Holst, Lisboa, Braga, Strey, & de Souza, no prelo). Esta revisão sistemática demonstrou ainda uma precariedade na descrição dos instrumentos utilizados pelos estudos brasileiros na área – o que é essencial para a avaliação da qualidade metodológica das pesquisas que, quando satisfatória, tem maior potencial de aplicabilidade para os atuantes da área clínica. Este resultado vai ao encontro do estudo realizado por Guimarães e Yoshida (2014) no Brasil, que buscou compreender quais fatores são considerados marcadores de progresso por psicoterapeutas infantis de diferentes abordagens teóricas. O estudo apontou a predominância de avaliações subjetivas do processo, principalmente através da percepção do terapeuta. Emergiram nesta pesquisa, como aspectos avaliados, a relação com o paciente, sua autonomia, tolerância à frustração e expressão de temores e dificuldades; o método de avaliação predominante foi a observação do brincar, independentemente da abordagem psicoterápica. Embora importante, a avaliação subjetiva do processo não é a única maneira de observar o progresso da psicoterapia – e pode ser mais facilmente enviesada porque depende somente da percepção do terapeuta.

Youth Outcome Questionnaire 2.01

Ainda que evidências apontem os benefícios da psicoterapia com crianças e adolescentes, o processo de como ocorre a mudança terapêutica com esta faixa etária ainda é pouca estudado (Kazdin, 2000). O estudo de McClendon et al. (2011) buscou examinar comparativamente a sensibilidade para captar o processo de mudança entre três instrumentos frequentemente usados para avaliar o tratamento de crianças e adolescentes: o *Child Behavior Checklist/6-18* (CBCL), o *Behavior Assessment System for Children-2* (BASC-2) e o *Youth Outcome Questionnaire 2.01* (Y-OQ 2.01). Resultados apontaram que, no caso de medidas que avaliam a percepção dos pais, o Y-OQ 2.01 foi o instrumento mais sensível à diminuição de sintomas em crianças e adolescentes, sendo que o BASC-2 e o CBCL não foram estatisticamente diferentes um do outro. Este resultado pode ser remontado ao método de criação destes instrumentos: enquanto o Y-OQ 2.01 foi construído por clínicos, pesquisadores e administradores de serviços de saúde com o propósito de avaliar mudança decorrente de psicoterapia, através da administração semanal da escala, o CBCL e o BASC-2 foram inicialmente construídos para categorizar e identificar problemas psicossociais nos jovens e, somente depois, foram adaptados para utilização como medidas de desfecho, com recomendação de administração em intervalos mensais. Além disso, o Y-OQ 2.01 oferece cinco variações de resposta (*nunca ou quase nunca, raramente, às vezes, frequentemente e quase sempre ou sempre*), o que pode conferir maior sensibilidade do que o CBCL (apenas três variações na escala *Likert*) e o BASC-2 (quatro variações; McClendon et al., 2011).

O estudo de Ng e Weisz (2016), por sua vez, defende uma ampliação da perspectiva da psicoterapia baseada em evidência, uma vez que estes tratamentos são geralmente prescritos para todos os pacientes que apresentam o mesmo quadro, seguindo uma sequência linear de sessões, não prevendo mudanças de diagnóstico durante o período da intervenção ou a presença de comorbidades ou situações de crise que ameacem a execução do tratamento. Para endereçar este problema, os autores sugerem que a melhor forma de oferecer tratamentos baseados em evidência é torná-los mais personalizados através de *sistemas de feedback através de medidas* ou outros indicadores de progresso que sejam psicometricamente sólidos, sensíveis à mudança, breves e clinicamente úteis. Em ampla revisão, os autores sugerem o *Youth Outcome Questionnaire* e o *Youth-Outcome Questionnaire Self-Report* para identificar tratamentos em risco de fracasso e o *Youth-Clinical Support Tools* para apontar obstáculos e soluções (Burlingame et al., 2001; Cannon, Warren, Nelson, & Burlingame, 2010; Ridge,

Warren, Burlingame, Wells, & Tumblin, 2009; Warren, Nelson, Burlingame, & Mondragon, 2012).

A versão original do *Youth Outcome Questionnaire 2.01* ofereceu adequados índices de confiabilidade através do cálculo dos alfas de Cronbach; a análise da consistência interna do instrumento em amostra não clínica (N=1091) e clínica (N=2732) obteve escore total de 0,97 entre as amostras. A investigação de confiabilidade por teste-reteste também foi realizada em intervalos de duas e quatro semanas após a primeira aplicação; escores agregados de intervalo produziram um coeficiente de confiabilidade de 0,83 e todas as correlações entre as subescalas no teste-reteste foram significativas ($p < 0,01$), variando entre 0,56 a 0,82. A validade de critério do Y-OQ 2.01 também foi investigada em dois estudos comparando o escore total e de cada subescala do Y-OQ 2.01 com escores do *Child Behavior Checklist* (Achenbach & Rescorla, 2001) e do *Connor's Parent Rating Scale* (Connors, 1990), duas medidas para problemas de comportamento de crianças e adolescentes. Resultados apontam para a forte relação entre o Y-OQ 2.01 e estas medidas. A validade de construto do Y-OQ 2.01 foi verificada em estudos com amostra não-clínica e clínica (pacientes ambulatoriais e em regime de internação); o instrumento foi exitoso em discriminar níveis de sintoma entre as diferentes populações (Burlingame et al., 2005).

O Y-OQ 2.01 avalia o comportamento dos jovens em um escore total, composto por seis subescalas: *Estresse Intrapessoal*, *Estresse Somático*, *Relações Interpessoais*, *Problemas Sociais*, *Disfunção Comportamental* e *Itens Críticos*. A subescala *Estresse Intrapessoal* avalia o estresse emocional da criança e do adolescente através de manifestações de ansiedade, depressão, medo, desesperança ou autoagressão. A segunda subescala: *Estresse Somático* mede sintomas somáticos tais como dores de cabeça e nas articulações, tonturas, náusea e fraqueza muscular. Os itens da subescala *Relações Interpessoais* avaliam, por sua vez, questões relacionadas ao relacionamento da criança e do adolescente com pais, outros adultos e pares, comunicação e interação com amigos, nível de cooperação ou de agressividade. A subescala *Problemas Sociais* avalia problemas de comportamento, como comportamento agressivo ou delinquente. Apesar de a agressividade estar presente também na escala de *Relações Interpessoais*, a dimensão *Problemas Sociais* avalia aspectos mais graves da agressividade, que envolvam a quebra de normas sociais como absentismo escolar, condutas sexuais promíscuas, fuga do lar e abuso de substâncias. A subescala *Disfunção Comportamental* avalia a capacidade da criança e do adolescente de organizar-se e completar tarefas, concentrar-se, e avalia momentos de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Por

fim, a subescala *Itens Críticos* avalia problemas comumente encontrados em situação de internação, como paranoia, alucinação, delírios, suicídio e distúrbios alimentares (Burlingame et al., 2005).

Uma vez que é papel do psicólogo a continuidade e aperfeiçoamento da assistência ao paciente, entende-se que essa função social do profissional envolve o emprego de tratamentos que funcionem e que reflitam a integração entre pesquisa e experiência clínica, observando o contexto, características e preferências do paciente (American Psychological Association, 2006). Visando qualificar essas intervenções, o objetivo deste estudo é adaptar e investigar evidências de validade e as propriedades psicométricas do *Youth Outcome Questionnaire 2.01* para o português do Brasil, instrumento utilizado para avaliação do processo e resultado de psicoterapia com crianças e adolescentes a partir da perspectiva dos pais ou responsáveis legais – ou seja, dos principais cuidadores e observadores do comportamento da criança e adolescente. A escolha por este instrumento deve-se às evidências prévias de fidedignidade e validade na cultura original para a qual foi construído, tanto na sua versão completa respondida por pais e/ou responsáveis legais, que é o foco deste estudo (Burlingame et al., 2004), quanto em sua versão abreviada (Dunn, Burlingame, Walbridge, Smith, & Crum, 2005) e de autorrelato do paciente (Ridge et al., 2009).

Método

Participantes

Participaram deste estudo 341 pais ou responsáveis legais de crianças (N=172) e adolescentes (N=163) de 1 a 19 anos de idade ($M = 9,44$; $DP = 4,20$). Consideramos como adolescência o período a partir dos 10 anos de idade, seguindo a *World Health Organization* (1995). Dos 341 participantes, 92,5% referiram ser o principal cuidador da criança ou adolescente. O tamanho da amostra consistiu em 5,3 participantes por item do Y-OQ 2.01 e foi baseado em parâmetros que consideram amostras maiores como mais propensas a produzirem soluções precisas para as análises fatoriais, e um mínimo de 5 sujeitos por item para que sejam consideradas confiáveis (Costello & Osborne, 2005; Pasquali, 2010). A amostra apresentou adequada distribuição de gênero e de grupo etário, e o principal respondente do questionário foi a mãe da criança ou adolescente (82,4%). As informações sociodemográficas dos participantes estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1

Descrição do perfil da amostra.

Gênero da criança ou do adolescente ¹	
Masculino	171 (51)
Feminino	164 (49)
Idade ¹ (n=335)	
Criança (1-9 anos)	172 (51,3)
Adolescente (10-19 anos)	163 (48,7)
Coleta ¹ (n=341)	
Serviços de atendimento das Instituições	180 (52,8)
Online	157 (46)
Presencial (fora das Instituições)	4 (1,2)
Escolaridade ¹ (n=308)	
Ens. Fundamental Incompleto	257 (83,4)
Ens. Fundamental Completo	7 (2,3)
Ens. Médio Incompleto	39 (12,7)
Ens. Médio Completo	5 (1,6)
Respondente do Questionário ¹ (n=335)	
Mãe	276 (82,4)
Pai	52 (15,5)
Responsável Legal	7 (2,1)

Apresentação por ¹freqüência (%).*Instrumentos*

1) *Questionário de Dados Sociodemográficos*: Instrumento desenvolvido para esse estudo, contendo informações sociodemográficas da criança ou adolescente e de seus pais ou responsáveis legais: gênero, idade da criança/adolescente e dos pais, estado civil dos pais, número de irmãos, escolaridade da criança/adolescente, histórico de psicoterapia (atual e passada) e de uso de medicação psiquiátrica.

2) *Youth Outcome Questionnaire 2.01*: Questionário de 64 itens respondido em uma escala *Likert* de 1 a 5 por pais ou responsáveis legais de crianças ou adolescentes ao longo da evolução de tratamento psicoterápico, para avaliar problemas psicológicos ou comportamentais. Existe ainda uma versão em autorrelato do instrumento, o *Y-OQ Self-Report*, que pode ser respondida pelo próprio jovem (Ridge et al., 2009). Ambos *Y-OQ 2.01* versão pais e responsáveis legais e *Y-OQ Self-Report* existem em versões abreviadas de 30 itens, no idioma original do instrumento, o inglês (Burlingame et al., 2005). Foi concedida licença e autorização por parte da editora *OQ Measures* para a adaptação, tradução e investigação das propriedades psicométricas do *Y-OQ 2.01* no Brasil.

Procedimentos

Dois serviços de atendimento em psicoterapia participaram deste estudo e concordaram com os termos da pesquisa. Os participantes oriundos destes serviços foram contatados no momento de busca por atendimento psicoterápico para os pacientes sob sua responsabilidade e os instrumentos foram aplicados antes da primeira entrevista terapêutica. Outras formas de recrutamento de participantes foram através do método de amostragem não probabilística por bola-de-neve (Breakwell, Hammond, Fife-Schaw, & Smith, 2010) e através do preenchimento dos questionários *online* divulgados em mídias sociais. As aplicações presenciais ocorreram individualmente e levaram cerca de 25 minutos para serem completadas. Atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras envolvendo a pesquisa com seres humanos previstas na Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (2012) e na Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (2000), todos os participantes concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Concordante com as Resoluções, esta pesquisa resguardou os cuidados éticos que garantem o anonimato no tratamento dos dados e na divulgação dos resultados, assim como a inexistência de qualquer tipo de dano aos participantes.

Tradução, Adaptação Transcultural e Evidências de Validade de Conteúdo

O procedimento adotado para tradução e adaptação transcultural do Y-OQ 2.01 seguiu o processo padronizado recomendado pela equipe editorial da *OQ Measures* e descrito por Wild et al. (2005). O primeiro passo consistiu na realização de duas traduções independentes para o português brasileiro a partir do instrumento original, por tradutores cuja língua nativa é o português e fluentes em inglês, com experiência prévia na tradução de instrumentos. Uma síntese das duas traduções foi realizada por um terceiro tradutor independente e foi enviada para um comitê de quatro *experts* na área da psicologia clínica e psicoterapia para investigar evidências de validade de conteúdo. Após esta etapa, um ajuste semântico final foi realizado com base nas sugestões do comitê de *experts*. Foi, então, realizada a tradução reversa da versão em português brasileiro novamente para o inglês, que foi enviada para os autores originais e aprovada. Por fim, efetuou-se uma equivalência operacional (forma de aplicação) ao contexto brasileiro, adequando o formato do questionário, equivalência na forma de passar instruções, de administrar o instrumento e de levá-lo com base no instrumento original. Todo este processo está descrito na Figura 1.

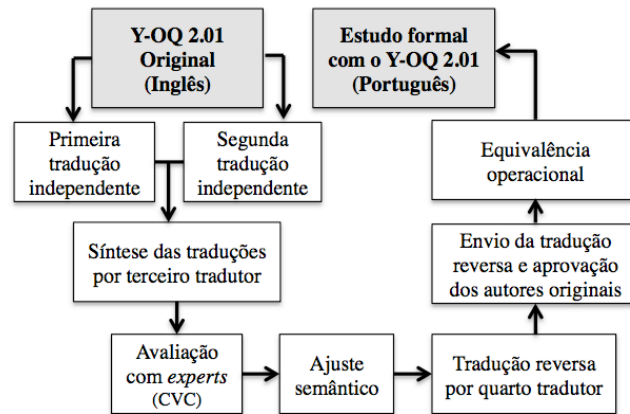


Figura 1 - Procedimentos para a tradução e adaptação transcultural do *Youth Outcome Questionnaire* 2.01.

Através da investigação da clareza, relevância e representatividade dos itens, buscou-se avaliar as evidências de validade de conteúdo do Y-OQ 2.01 (Cassepp-Borges, Balbinotti, & Teodoro, 2010). Para este fim, utilizou-se o coeficiente de validade de conteúdo (CVC), proposto por Hernández-Nieto (2002) e citado por Cassepp-Borges et al. (2010), que avalia aspectos fortes e fracos de instrumentos a partir do parecer de no mínimo três e no máximo cinco especialistas. Para este fim, um comitê de quatro *experts* – mestres em Psicologia e especialistas na área clínica – recebeu a versão em português do Y-OQ 2.01, juntamente com um questionário tipo *Likert*, variando de 1 (muito insatisfatório) a 5 (muito satisfatório), com três categorias para avaliação dos itens: clareza de linguagem, relevância prática e relevância teórica.

Para calcular o CVC, calculou-se a média das notas de cada item atribuídas pelos especialistas, que é então dividida pelo valor máximo que o item pode alcançar. Calcula-se então o erro da medida (Pe) para descontar possíveis vieses dos avaliadores, que posteriormente será subtraído do valor do CVC. Por fim, o cálculo do CVC total da escala usa a média dos CVCs de todos os itens do questionário, subtraída da média dos erros de todos os itens. Foram considerados adequados os itens que obtiveram o $CVC_c > 0,8$. O resultado deste processo foi a pontuação total do instrumento em 0,97. O instrumento pontuou para cada categoria: 0,97 em clareza de linguagem, 0,99 em relevância prática e 0,98 em relevância teórica. Apenas um dos 64 itens pontuou abaixo de 0,8 na categoria clareza de linguagem e foi, portanto, reformulado (item 17, que passou de *Parece tenso, facilmente assustado* para *Parece tenso ou se assusta com facilidade*, após sugestão dos especialistas).

Investigação das propriedades psicométricas

Várias técnicas foram utilizadas para avaliar as propriedades psicométricas do Y-OQ 2.01. Utilizando o programa estatístico SPSS versão 19.0, foram calculadas as frequências, médias, desvios-padrão e percentis dos dados sociodemográficos. Correlações entre as seis subescalas do Y-OQ 2.01 também foram calculadas. Ainda, foram investigadas as evidências de validade de construto do Y-OQ 2.01, que podem ser definidas como características de um instrumento no que se refere à mensuração de uma propriedade ou qualidade que ainda não tenha sido definida operacionalmente (Pasquali, 2010). Para este fim, foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC), com base na estrutura fatorial do instrumento original, uma vez que estudos conduzidos com o instrumento no seu país de origem sugerem um forte fator único (score total da escala), subjacente aos seis fatores que constituem as subescalas do instrumento (Burlingame et al., 2005). Posteriormente, foi realizada uma análise fatorial exploratória (AFE) com rotação oblíqua (Costello & Osborne, 2005). Para investigar o número de fatores a serem retidos foi empregada a técnica de análise paralela (Horn, 1965; Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011). Os testes de esfericidade de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,9) e de Bartlett ($\chi^2[2016]=52083,63$; $p<0,001$) avaliaram a adequação da amostra para as análises. Como critério de bons índices da AFE, foi considerada uma carga fatorial maior que 0,3 em um ou ambos os fatores (Costello & Osborne, 2005). Por fim, os índices de ajuste das AFC e AFE foram comparados e, para o modelo proposto, foram calculados os alfas de Cronbach a fim de verificar a consistência interna da escala geral.

Posteriormente, uma análise de rede aplicada a doenças mentais (Borsboom & Cramer, 2013; Schmittmann et al., 2011) foi realizada para investigar o padrão de relação entre os itens do Y-OQ 2.01. A rede é construída em duas etapas; a primeira consiste em calcular correlações parciais entre os nós da rede (itens), controlando o efeito de outras variáveis ou conjunto de variáveis. Posteriormente, representamos essa análise graficamente, o que gerou dois modelos gráficos que indicam o padrão de relacionamento entre os elementos – os nós – da rede. Estes nós representam os sintomas descritos nos itens do instrumento, e as linhas representam as relações entre os nós. A premissa desta análise é que sintomas não são indicadores passivos de um transtorno, mas variáveis psicológicas ativas capazes de se influenciar mutuamente e contribuir para a ativação da rede geral (Robinaugh, Millner, & McNally, 2016). A partir da análise de rede, nos centramos em avaliar a métrica de *Expected Influence* (EI), proposta pelos mesmos autores. Ao invés de quantificar a influência do nó dentro na rede, que corresponderia à métrica de Centralidade da análise de rede, a

métrica de EI visa investigar a natureza desta influência e, desta forma, identificar seu papel na ativação, desativação ou persistência da rede. Essa análise investiga se as linhas que conectam os nós são positivas ou negativas, o que fornece informações sobre o efeito que desativações das linhas podem ter sobre a rede. Neste estudo, cada nó representa um item do Y-OQ 2.01, referindo-se a um sintoma comportamental ou psicológico da criança ou adolescente. Assim, se observa como cada sintoma se associa com os demais, em primeiro e segundo grau. Esta análise foi realizada com o pacote qgraph do software R (Epskamp, Cramer, Waldorp, Schmittmann, & Borsboom, 2012).

Resultados

Primeiramente, realizou-se uma análise fatorial confirmatória (AFC) com base na estrutura do instrumento original, constituída por um fator único (score total da escala) subjacente às seis subescalas desta medida (Burlingame et al., 2005). Utilizou-se o método robusto para correção dos valores do qui-quadrado (χ^2) devido a não-normalidade da distribuição dos dados, apresentando-se assim o valor de Satorra-Bentler χ^2 (s-b χ^2 ; Satorra & Bentler, 1994). Para além do teste s-b χ^2 e os respetivos graus de liberdade (*degrees of freedom* - *df*), foram avaliados os seguintes índices de ajustamento da AFC: *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI), *Standardized Root Mean Residual* (SRMR) e o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) e seu respetivo intervalo de confiança. Para estes índices, foram adotados os seguintes parâmetros de adequação (Hu & Bentler, 1999; Schreiber, Stage, King, Nora, & Barlow, 2006): s-b χ^2/df menor que 5 (preferencialmente menor que 3), SRMR inferior a 0,08, RMSEA inferior a 0,06 (com intervalo de confiança superior não maior que 1,00) e valores de CFI e TLI superiores a 0,90 – preferencialmente maiores que 0,95.

Os índices de ajuste da AFC foram insuficientes para validar o modelo original do Y-OQ 2.01 (s-b $\chi^2/df=1,79$; CFI=0,86; TLI=0,86; SRMR=0,109; RMSEA=0,055 [0,052–0,058]), contrariando a hipótese de que esta estrutura fatorial funcionaria para a versão em português do Brasil. Ainda baseado no modelo original foram calculadas correlações entre as seis subescalas, baseadas nas respostas dos participantes que preencheram todos os itens do instrumento (N=264). Foram calculadas correlações de Pearson e Spearman para esta amostra, mas como os resultados e conclusões dos testes de significância foram similares, decidiu-se por apresentar as correlações de Spearman. Para avaliar a magnitude dos coeficientes de

correlação, foi utilizada a classificação de Dancey e Reidy (2004), que afirma que $\rho=0,10$ a $0,30$ é fraca; $\rho=0,40$ a $0,60$ é moderada; e $\rho=0,70$ a 1 é forte. Como apresentado na Tabela 2, correlações fortes ($p<0,001$) foram encontradas entre a subescala Relações Interpessoais e as subescalas Estresse Intrapessoal e Disfunção Comportamental. Correlações moderadas predominaram entre as subescalas (todas $p<0,001$), com exceção da correlação fraca entre Estresse Somático e Problemas Sociais.

Tabela 2

Correlações de Spearman entre os escores do Y-OQ 2.01, que descrevem problemas psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes.

n=264	Estresse Intrapessoal	Estresse Somático	Relações Interpessoais	Problemas Sociais	Disfunção Comportamental	Itens Críticos
Estresse Intrapessoal	1					
Estresse Somático	0,589**	1				
Relações Interpessoais	0,749**	0,438**	1			
Problemas Sociais	0,544**	0,379**	0,689**	1		
Disfunção Comportamental	0,648**	0,424**	0,743**	0,649**	1	
Itens Críticos	0,663**	0,476**	0,570**	0,532**	0,601**	1

**Correlações significativas a $p<0,001$.

Uma análise fatorial exploratória (AFE) foi posteriormente realizada para investigar de forma livre os elementos da matriz de carga de fatores. O modelo exploratório apresentou índices de ajuste mais elevados do que o modelo confirmatório e estruturou-se em dois grandes fatores. Este foi, portanto, o modelo utilizado nas análises de consistência interna e de rede. O resultado da AFE, que apontou este modelo de dois fatores, foi ao encontro de outros estudos que investigaram inter-relações entre transtornos psiquiátricos de acordo com manuais diagnósticos como o DSM e que encontraram uma estrutura de dois fatores latentes, interpretados como sintomas *internalizantes* e *externalizantes* (Cosgrove et al., 2011; Kotov et al., 2011; Krueger, Caspi, Moffitt, & Silva, 1998). Os indivíduos do primeiro grupo tendem à expressão do sofrimento de forma interiorizada, levando a quadros de depressão e ansiedade, enquanto indivíduos do segundo grupo direcionam o sofrimento para o mundo externo de forma opositora, através do uso de substância, transtorno de conduta e/ou comportamentos antissociais. Cargas fatoriais da AFE estão apresentadas na Tabela 3, juntamente com os itens do instrumento, a subescala a qual pertencem na estrutura original de seis fatores e a proposta de estrutura em dois fatores, com os respectivos alfas de Cronbach e coeficiente de confiabilidade Lambda 6 de Guttman.

Tabela 3

Itens do Y-OQ 2.01, resultado do modelo fatorial exploratório e comparação com as seis dimensões da estrutura original.

Item - Meu filho ou minha filha...	Cargas Fatoriais		Estrutura Original Seis Fatores
	Fator 1 Internalizantes	Fator 2 Externalizantes	
1. Quer ficar sozinho mais do que outras crianças/adolescentes da mesma idade.	0,693	-0,122	ID
2. Reclama de tonturas ou dores de cabeça.	0,635	-0,072	ES
3. Não participa de atividades que anteriormente lhe dava prazer.	0,603	-0,003	ID
4. Discute ou é verbalmente desrespeitoso.	0,093	0,577	IR
5. Tem mais medo do que outras crianças/adolescentes da mesma idade.	0,419	0,010	ID
6. Não vai à escola ou mata aulas.	0,406	0,230	SP
7. Cooperar com regras e expectativas.	0,146	0,367	IR
8. Tem dificuldade em completar tarefas, ou as completa sem cuidado.	0,079	0,487	BD
9. Reclama ou lamenta sobre as coisas serem injustas.	0,304	0,263	ID
10. Tem problemas intestinais, como constipação ou diarreia.	0,444	0,045	ES
11. Entra em brigas físicas com outros da mesma idade ou familiares.	0,061	0,623	IR
12. Preocupa-se e não consegue tirar certas ideias da cabeça.	0,511	0,097	IC
13. Rouba ou mente.	0,132	0,517	SP
14. É inquieto, agitado ou hiperativo.	-0,333	0,862	BD
15. Parece ansioso ou nervoso.	0,158	0,566	ID
16. Comunica-se de forma agradável e apropriada.	0,086	0,403	IR
17. Parece tenso ou se assusta com facilidade.	0,390	0,157	ID
18. Faz xixi ou cocô nas calças.	0,086	0,391	ES
19. É agressivo com adultos.	0,173	0,554	IR
20. Vê, ouve ou acredita em coisas que não são reais.	0,152	0,319	IC
21. Feriu a si próprio intencionalmente (ex.: cortou-se ou arranhou-se, tentou suicídio).	0,608	0,178	IC
22. Usa álcool ou outras drogas.	0,510	-0,053	SP
23. Parece incapaz de se organizar.	0,347	0,352	BD
24. Gosta de se relacionar com a família e os amigos.	0,423	0,046	IR
25. Parece triste ou infeliz.	0,706	0,016	ID
26. Apresenta dor ou fraqueza nos músculos ou articulações.	0,754	-0,221	ES
27. Tem uma atitude negativa e desconfiada com amigos, familiares ou outros adultos.	0,565	0,217	IR
28. Acredita que outros estão tentando machucá-lo, mesmo que não estejam.	0,391	0,375	IC
29. Ameaça fugir ou já fugiu de casa.	0,373	0,346	SP
30. Apresenta emoções fortes e que mudam muito rápido.	0,287	0,536	BD
31. Infringe regras, leis e expectativas deliberadamente.	0,077	0,746	SP
32. Aparenta estar feliz consigo mesmo.	0,510	0,131	ID
33. Fica de mau humor, faz manha ou chora mais do que outras crianças/adolescentes da mesma idade.	0,092	0,667	ID
34. Se afasta da família e dos amigos.	0,604	0,111	ID
35. Reclama de dor de barriga ou sente-se enjoado mais do que outras crianças/adolescentes da mesma idade.	0,643	-0,041	ES
36. Não tem ou não mantém amigos.	0,513	0,259	IR
37. Tem amigos que eu não aprovo.	0,486	0,116	IR
38. Acredita que outros podem ouvir seus próprios pensamentos, ou que ele pode ouvir os pensamentos dos outros.	0,537	0,145	IC
39. Tem comportamento sexual inapropriado (ex.: abusar sexualmente de outro membro da família ou de outras pessoas; exibir-se; ser sexualmente ativo).	0,519	0,175	SP
40. Tem dificuldades de esperar por sua vez de participar em atividades e conversas.	-0,228	0,746	BD
41. Pensa em suicídio, diz que estaria melhor morto.	0,638	0,213	ID
42. Se queixa de pesadelos, dificuldade para pegar no sono, dormir demais ou acordar antes do pretendido.	0,422	0,185	ES
43. Reclama ou desafia regras, expectativas ou responsabilidades.	0,043	0,707	IR
44. Tem momentos de felicidade fora do normal ou energia em excesso.	-0,011	0,719	IC
45. Lida de forma apropriada com tédio e frustração.	0,038	0,498	BD
46. Tem medo de enlouquecer.	0,704	-0,015	IC
47. Sente culpa de forma adequada quando faz algo errado.	0,050	0,336	SP
48. Exige muita atenção de forma incomum.	0,076	0,636	BD
49. É irritadiço.	0,094	0,681	ID
50. Vomita ou fica nauseado mais do que outras crianças/adolescentes da mesma idade.	0,582	-0,074	ES
51. Fica irritado a ponto de ser um perigo para outras pessoas.	0,289	0,485	IC
52. Parece criar problemas intencionalmente quando está entediado.	0,042	0,614	BD
53. Aparenta ser otimista e esperançoso de forma adequada.	0,308	0,261	ID
54. Apresenta espasmos musculares ou movimentos involuntários na face, nos braços ou no corpo.	0,535	0,052	ES
55. Destruí propriedade alheia propositalmente.	0,266	0,484	SP
56. Tem dificuldade para se concentrar, pensar claramente ou executar tarefas.	0,105	0,539	BD
57. Fala de forma negativa, como se todas as coisas ruins fossem culpa dele/dela.	0,563	0,191	ID
58. Emagreceu de forma significativa sem razões médicas.	0,563	0,078	IC
59. Age impulsivamente, sem pensar nas consequências.	0,119	0,634	BD
60. Normalmente é calmo.	-0,035	0,558	BD
61. Não se perdoa por erros passados.	0,577	-0,044	ID
62. Não tem muita energia.	0,758	-0,166	ID
63. Sente que não tem amigos, ou que ninguém gosta dele.	0,601	0,156	ID
64. Fica chateado facilmente, ou desiste de algo quando é frustrado.	0,259	0,459	ID
Alfa de Cronbach	0,92	0,93	
Lambda 6 de Guttman	0,94	0,95	

ID = Estresse Intrapessoal (*Intrapersonal Distress*); ES = Estresse Somático (*Somatic*); IR = Relações Interpessoais (*Interpersonal Relations*); SP = Problemas Sociais (*Social Problems*); BD = Disfunção Comportamental (*Behavioral Dysfunction*); IC = Itens Críticos (*Critical Items*).

Os resultados da análise de rede do Y-OQ 2.01 (Figura 2) geraram duas representações gráficas (Figuras 3 e 4) baseadas na estrutura de dois fatores que emergiu na AFE. Os gráficos descritos nas Figuras 3 e 4 exibem a análise da métrica de *Expected Influence* (EI), que visa identificar a força da influência dos nós nas redes dos sintomas internalizantes e externalizantes. Pontuações positivas nos gráficos (0 a 2) representam ativações paralelas entre os nós e a rede – a ativação do nó induz a ativação da rede. Pontuações negativas de EI (-2 a 0) indicam ativações opostas entre os nós e a rede – a ativação do nó leva a desativação da rede (Robinaugh et al., 2016).

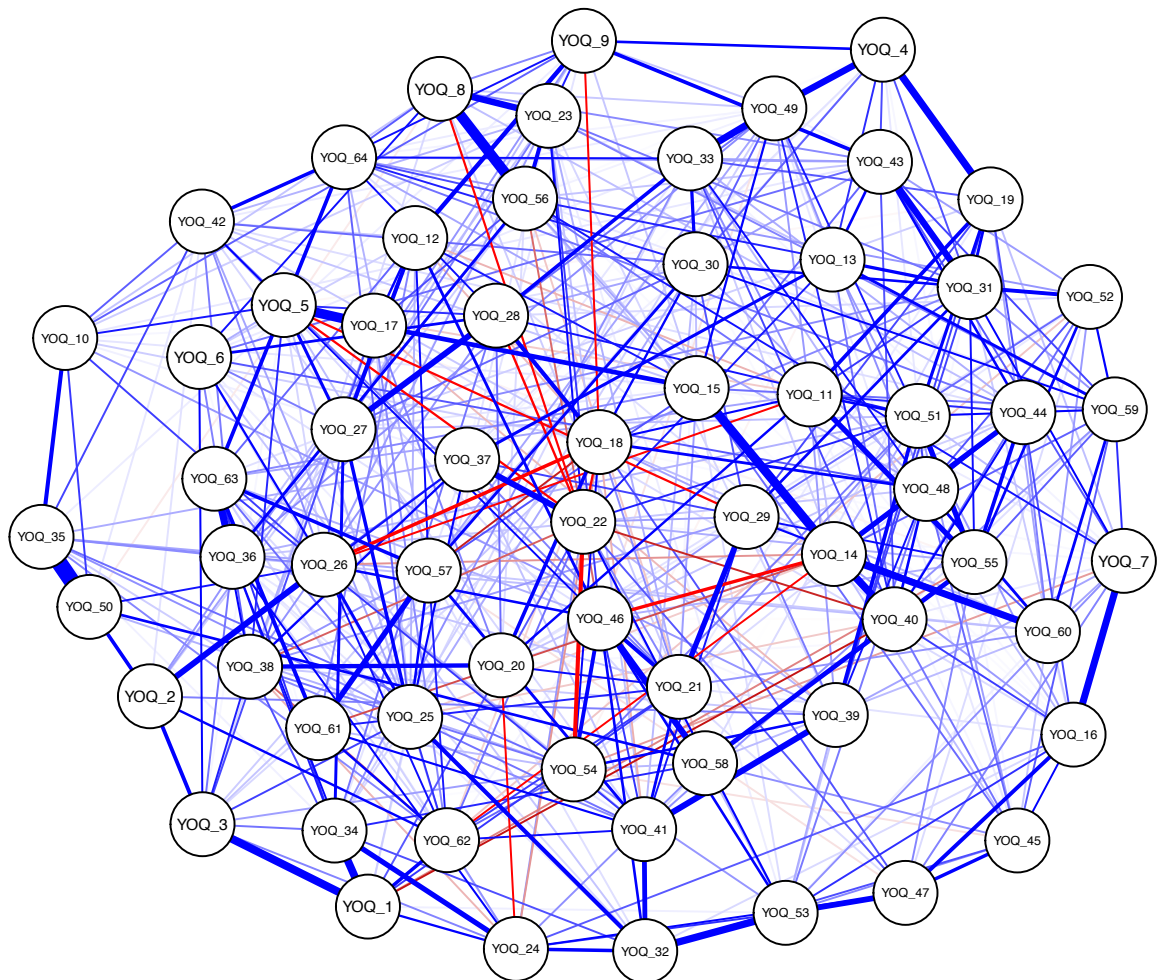


Figura 2 - Análise de rede (*network*) do *Youth Outcome Questionnaire* 2.01.

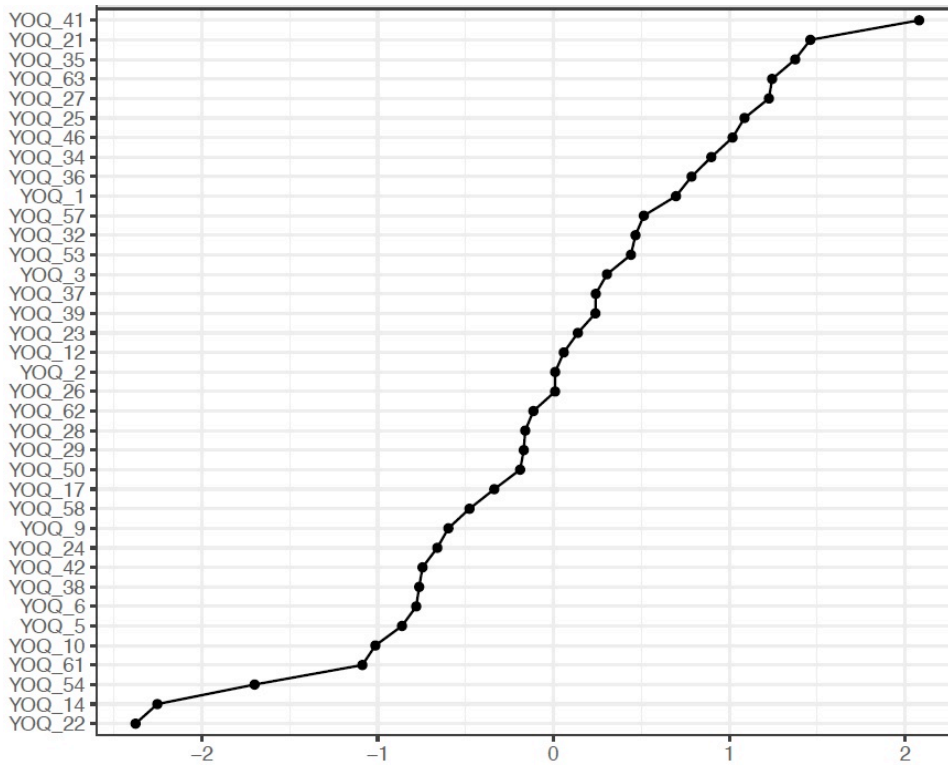


Figura 3 - Representação gráfica de *Expected Influence* da rede *sintomas internalizantes* – Fator 1 da AFE.

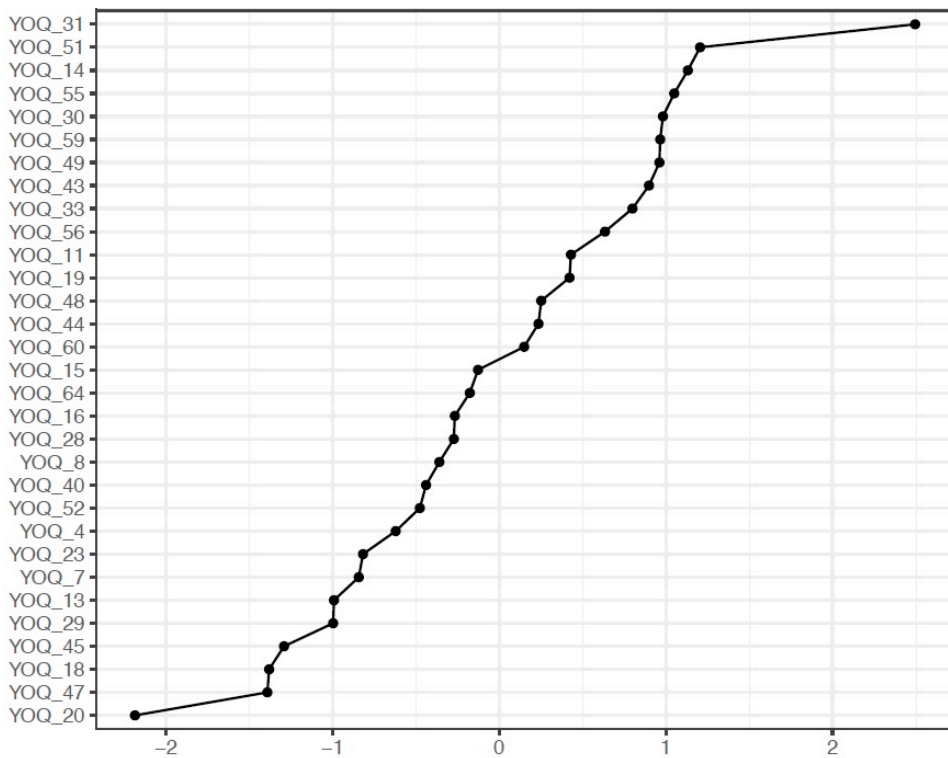


Figura 4 - Representação gráfica de *Expected Influence* da rede *sintomas externalizantes* – Fator 2 da AFE.

Discussão

Os resultados sugerem que o *Youth Outcome Questionnaire 2.01* demonstra evidências de validade para a sua versão em português brasileiro. A investigação de evidências de validade de conteúdo, através do cálculo do coeficiente de validade de conteúdo (CVC), atestou a concordância do comitê de *experts* acerca da clareza, relevância e representatividade dos itens. As técnicas empregadas (AFC, AFE e análise de rede) para avaliar as propriedades psicométricas do Y-OQ 2.01 indicaram que, para o contexto brasileiro, uma estrutura de dois fatores tem maior capacidade para explicar a variável latente do instrumento. A confiabilidade desta estrutura foi avaliada por dois métodos diferentes (alfa de Cronbach e coeficiente de confiabilidade de Guttman) e os resultados foram satisfatórios. O modelo apresentado é fundamentado na histórica premissa da psicanalista de Karen Horney (1964), que propôs uma diferenciação entre os pacientes baseada em diferentes soluções psicológicas empregadas para resolver conflitos – tanto conflitos entre os indivíduos e o mundo externo, quanto entre atitudes internas antagônicas. Alguns pacientes tendem a se aproximam das pessoas diante de conflitos, outros adquirem uma postura combativa e de oposição ao mundo, enquanto outros tendem ao afastamento. A classificação dos diferentes posicionamentos diante do sofrimento também está presente em anteriores e tradicionais pesquisas na área da psicopatologia infantil (Achenbach & Edelbrock, 1978). Esta categorização, portanto, parece fazer sentido para embasar um modelo de compreensão de problemas psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes visando a avaliação de resultado e processo de psicoterapia, objetivo do Y-OQ 2.01.

Esta estrutura latente identificada neste estudo também emergiu em estudos prévios. Em pesquisa de coorte longitudinal com amostra epidemiológica da Nova Zelândia que avaliou dez transtornos mentais comuns através do *Diagnostic Interview Schedule* (DIS Version III-R; Robins, Helzer, Cottier, & Goldring, 1989), usando como base a classificação do DSM-III-R, os resultados apontaram um modelo de dois fatores latentes (internalização e externalização) subjacente a estes dez quadros. Este resultado destaca a pouca sensibilidade para captar comorbidades dos manuais diagnósticos e agrega para a discussão acerca das inespecificidades dos preditores de psicopatologia, propondo uma compreensão mais ampla destes transtornos a partir de diferentes orientações básicas de visão de mundo pelos indivíduos (Krueger et al., 1998). Outro estudo (Cosgrove et al., 2011) também encontrou um modelo de dois fatores latentes (internalização e externalização) para explicar as inter-

relações entre seis transtornos psiquiátricos em adolescentes – 1162 pares de gêmeos e 426 irmãos. Foram realizadas análises genéticas de comportamento multivariado e concluiu-se que a ocorrência concomitante de quadros internalizantes e externalizantes resulta de influências genéticas e ambientais.

Apesar desta categorização ser muito recorrente na literatura (Connell & Goodman, 2002), sabe-se que comorbidades entre transtornos internalizantes e externalizantes na infância existem e desafiam o modelo de avaliação subjacente aos manuais diagnósticos (Krueger, McGue, & Iacono, 2001). Muitas são as razões para a presença de comorbidades: diagnósticos compartilhados, covariância entre os quadros, vieses na avaliação, compartilhamento de um mesmo fator causal ou, ainda, uma possível gênese comum dos dois transtornos: a depressão pode, em alguns casos, inibir a preocupação dos indivíduos com as consequências de seus atos, aumentando o risco para comportamento antissocial; da mesma forma, o comportamento antissocial pode originar um estado recorrente de ansiedade (Lilienfeld, 2003). Assim, é compreensível que alguns itens do Y-OQ 2.01 possam estar presentes de forma sobreposta nos dois fatores sugeridos, o que está de acordo com a complexidade que caracteriza o comportamento humano em geral.

Com relação à métrica de *Expected Influence*, oriunda da análise de rede, observa-se na Figura 3 o padrão de influência dos nós na rede das manifestações internalizantes. No polo positivo do gráfico, que é composto pelos nós que induzem a ativação da rede, o de maior influência positiva é o item de número 41 (*Pensa em suicídio, diz que estaria melhor morto*). A ideação suicida é critério diagnóstico para a depressão pelo DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) e tem alta prevalência em adolescentes – mesmo entre a população não-clínica (Moreira & Bastos, 2015). Nesta rede, parece estar associada de forma significativa à ativação dos outros sintomas internalizantes. Outros nós que influenciam positivamente a ativação da rede internalizante descrevem sintomas de autoagressão (21 - *Feriu a si próprio intencionalmente*), somáticos (35 - *Reclama de dor de barriga ou sente-se enjoado mais do que outras crianças/adolescentes da mesma idade*) e de rejeição social (63 - *Sente que não tem amigos, ou que ninguém gosta dele*). Embora estes itens pertençam a três subescalas diferentes na estrutura original de seis fatores do Y-OQ 2.01, são todos sintomas característicos dos quadros internalizantes, como depressão, ansiedade, isolamento social e problemas somáticos ou físicos (Merrel, 2008) e parecem exercer grande influência nesta rede.

Ainda sobre a Figura 3, percebe-se que no polo negativo do gráfico, composto por nós que induzem a desativação da rede e diminuem a probabilidade de manifestações internalizantes, aparecem os sintomas mais relacionados ao espectro externalizante – mas que carregaram para o Fator 1 na AFE – como o uso de substância (22 - *Usa álcool ou outras drogas*) e a agitação e hiperatividade (14 - *É inquieto, agitado ou hiperativo*). A análise de EI parece sustentar que as manifestações internalizantes e externalizantes, mesmo quando presentes concomitantemente no mesmo quadro – o que não é incomum (Krueger et al., 2001), seguem sendo duas soluções psicológicas distintas para o sofrimento que tendem a direções contrárias. Enquanto a hiperatividade e as condutas agressivas e antissociais são formas de administrar o sofrimento de mais fácil identificação, podendo ser observadas diretamente, os problemas internalizantes tem uma natureza excessivamente controlada e secreta, o que dificulta o diagnóstico e amplia a possibilidade de negligência e não compreensão do sofrimento (Merrel, 2008). O resultado da métrica de EI demonstra que, para um jovem com tendência à depressão e ansiedade, dirigir esse sofrimento para o mundo externo pode atenuar o potencial suicida do quadro. Este dado é reforçado pelo resultado da AFE (Tabela 3), nos quais o item 14 carrega em ambos os fatores, mas de forma negativa para o Fator 1 - Internalizante (-0,333), o que pode ser interpretado novamente como aspecto protetivo do item no trajeto de ativação internalizante.

Ao avaliarmos a métrica de EI do Fator 2 – Externalizante (Figura 4), observamos que os comportamentos delinquentes e antissociais (31 - *Infringe regras, leis e expectativas deliberadamente*; 51 - *Fica irritado a ponto de ser um perigo para outras pessoas* e 14 - *É inquieto, agitado ou hiperativo*) representam os nós de maior ativação desta rede – que é caracterizada na literatura pelo pouco controle ou auto-regulação dos comportamentos e expressões emocionais (Merrel, 2008). A desativação deste quadro, que culmina nas patologias do comportamento, parece ser um quadro mais regressivo e de desconexão com o ambiente externo (20 - *Vê, ouve ou acredita em coisas que não são reais*; 18 - *Faz xixi ou cocô nas calças*) e a presença de culpa e responsabilidade com relação ao próprio comportamento (47 - *Sente culpa de forma adequada quando faz algo errado*; 45 - *Lida de forma apropriada com tédio e frustração*). Observa-se que esse afastamento do mundo externo, juntamente com a presença de culpa e de administração da frustração, tem potencial de desativação da rede externalizante, sendo a relação entre ausência de remorso e comportamentos antissociais e impulsivos já amplamente descrita no DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

Os padrões de influência observados auxiliam os profissionais do campo clínico a compreender como os pacientes administram o próprio sofrimento, qual a direção que o curso do quadro pode assumir e, a partir dos sintomas, estimar o potencial de ativação da rede. Ainda que o entendimento do Y-OQ 2.01 a partir de dois fatores tenha respaldo em estudos que encontraram duas variáveis latentes para explicar os transtornos mentais (Cosgrove et al., 2011; Kotov et al., 2011; Krueger et al., 1998), a compreensão dos quadros psicológicos a partir dos seis fatores que compõem a estrutura original do instrumento revela uma riqueza e diversidade na caracterização clínica do caso que deveria ser considerada pelo clínico. Avaliando como os modelos propostos se sobrepõem, observa-se que os seis fatores da estrutura original se organizam de forma coerente entre as duas grandes dimensões propostas pela AFE. A subescala de Estresse Interpessoal, que avalia ansiedade e depressão (tipicamente internalizantes), se dividiu em 14 itens na dimensão Internalizante e apenas quatro na Externalizante, sendo estes quatro itens (número 15, 33, 49 e 64) claras manifestações no comportamento da ansiedade e tristeza (ver Tabela 3). A subescala de Estresse Somático, entendida na literatura como parte dos quadros internalizantes (Dhossche, van der Steen, & Ferdinand, 2002; Merrel, 2008) se decompôs em sete itens na dimensão Internalizante e apenas um na Externalizante (item 18, que descreve uma exteriorização do sofrimento: “Faz xixi ou cocô nas calças”).

A subescala de Relações Interpessoais pontua de forma equilibrada (quatro itens Internalizantes e seis Externalizantes), sendo que os itens Internalizantes (número 24, 27, 36 e 37) descrevem a incapacidade de manter amigos, enquanto os itens Externalizantes (número 4, 7, 11, 16, 19 e 43) referem discussões, brigas físicas e descumprimento de regras. O mesmo padrão equilibrado aparece na subescala de Problemas Sociais (quatro itens na Internalizante e cinco na Externalizante). Como esta subescala avalia essencialmente manifestações externalizantes, nos detivemos nas características dos três itens que carregaram para a dimensão internalizante, já que o quarto item (29 - *Ameaça fugir ou já fugiu de casa*) carregou em ambos os fatores. Entre os outros três, o de número 22 foi anteriormente discutido e compreendido como um fator protetivo da trajetória internalizante. O item 6 (*Não vai à escola ou mata aulas*) pode ser entendido como um comportamento evitativo e de isolamento social. Já o item 39 (*Tem comportamento sexual inapropriado*) foi entendido para esta amostra como uma manifestação internalizante e, assim, parece mais próximo dos quadros de depressão e ansiedade – ainda que em outros estudos esteja mais relacionado aos comportamentos

antissociais e externalizantes no geral (Boislard, Dussault, Brendgen, & Vitaro, 2013; Caminis, Henrich, Ruchkin, Schwab-Stone, & Martin, 2007).

Já a subescala de Disfunção Comportamental (DC), conforme o esperado, carrega todos os seus 11 itens no fator Externalizante; os dois itens que aparecem na dimensão Internalizante carregaram em ambos os fatores. Por fim, os nove Itens Críticos (IC) se dividiram entre os dois fatores, seis na dimensão Internalizante (números 12, 21, 28, 38, 46 e 58) e que descrevem crenças, medos, autoagressão e emagrecimento (característicos de expressão internalizada do sofrimento) e quatro na dimensão Externalizante (itens 20, 28, 44 e 51) que apontam para irritações, sintomas maníacos e alucinações – sendo que o item 28 (*Acredita que outros estão tentando machucá-lo, mesmo que não estejam*) carregou em ambas as dimensões. Este resultado vai ao encontro do estudo de Lancefield, Raudino, Downs e Laurens (2016) que apontou a relação de ambas manifestações, internalizantes e externalizantes, para o desenvolvimento de experiências semelhantes às psicóticas – que compreendem a caracterização geral da subescala Itens Críticos (IC).

A relevância da estrutura do modelo original também pode ser observada através do padrão de correlações apresentado na Tabela 2. Observam-se correlações fortes entre Relações Interpessoais (variável que contém tanto elementos externalizantes como internalizantes) e duas subescalas: Estresse Intrapessoal (tipicamente internalizante) e Disfunção Comportamental (externalizante). Ademais, correlações moderadas predominaram entre as subescalas (todas $p < 0,001$), com exceção da correlação fraca entre Estresse Somático (tipicamente internalizante) e Problemas Sociais (externalizante). É importante mencionar que estas seis dimensões foram desenvolvidas a partir de inúmeras fontes de informação: 1) Revisões meta-analíticas e compreensivas da literatura em psicoterapia com crianças e adolescentes que buscaram domínios de conteúdo embasados empiricamente e sensíveis à mudança em crianças e adolescentes; 2) Grupos focais com pacientes ambulatoriais e em regime de internação, com pais e responsáveis de pacientes e com psicólogos e psiquiatras; 3) Registros hospitalares, utilizados para avaliar características de mudança de comportamento que são consideradas em planos de tratamento de pacientes ambulatoriais e de internação (Burlingame et al., 2005). Assim, sustentamos que a interpretação do Y-OQ 2.01 a partir dos seis fatores mantém uma relevância clínica e um detalhamento sintomatológico que deve ser levado em consideração em futuros estudos.

Conclusão

Este estudo demonstrou que o Y-OQ 2.01 demonstra evidências de validade para a população brasileira e pode ser empregado por terapeutas para avaliar a evolução do processo de psicoterapia com crianças e adolescentes, que tem menor capacidade de auto-observação do comportamento e dependem de observadores externos para determinar desencadeantes, motivadores, extensão do sofrimento mental e melhoras do quadro. Esta possibilidade é ainda mais relevante para crianças em idade pré-verbal, cujo monitoramento de tratamento é impossível sem o parecer dos pais. Ademais, a possibilidade de obter a percepção de outras pessoas do ambiente da criança ou adolescente sobre sua evolução aumenta a possibilidade de detecção de possíveis desadaptações e complementa a avaliação do paciente com múltiplas perspectivas do caso. No caso dos adolescentes, que são particularmente vulneráveis ao aparecimento de quadros oriundos de problemas não tratados na infância (Klasen & Crombag, 2013), soma-se ainda a possibilidade de criar uma rede de apoio para casos graves.

Limitações deste estudo centram-se no uso de uma amostra não probabilística e não representativa da população brasileira, não sendo possível afirmar que o instrumento é válido para todo o Brasil. Além disso, estudos subsequentes que contem com amostras maiores e probabilísticas, incluindo amostras de outras regiões do país que possibilitem examinar as propriedades psicométricas do Y-OQ 2.01 abrangendo aspectos culturais e linguísticos plurais, devem ser realizados a fim de estender o uso do instrumento para outras localidades brasileiras. Os pontos fortes deste estudo são a adequada distribuição por gênero e por idade da amostra, uma vez que existem diferenças teóricas significativas com relação a presença de manifestações internalizantes e externalizantes entre diferentes gêneros e grupos etários (Rescorla et al., 2007). Considerando o número limitado de estudos brasileiros no campo da psicoterapia com crianças e adolescentes que utilizem instrumentos para avaliar resultados e a escassa utilização de avaliações quantitativas para medir os resultados de intervenções psicoterapêuticas (Holst et al., no prelo), este estudo pretende apresentar para a comunidade científica mais uma ferramenta que auxilie a demonstrar os resultados de intervenções psicoterápicas de qualquer abordagem, fomentando a psicoterapia baseada em evidências.

Referências

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, *85*(6), 1275-1301. doi:10.1037/0033-2909.85.6.1275
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*, 271-285.
- American Psychological Association. (2008). *Disseminating evidence-based practice for children and adolescents: A systems approach to enhancing care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 226-236. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x
- Bickman, L., Lambert, E. W., Andrade, A.R., & Penaloza, R.V. (2000). The Fort Bragg continuum of care for children and adolescents: Mental health outcomes over 5 years. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 710-716. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.710>
- Boislard, M., Dussault, F., Brendgen, M., & Vitaro, F. (2013). Internalizing and externalizing behaviors as predictors of sexual onset in early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, *33*, 919-944. doi:10.1177/0272431612472982.
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *The Annual Review of Clinical Psychology*, *9*, 91-121. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608
- Breakwell, G., Hammond, S., Fife-Schaw, C., & Smith, J. A. (2010). *Método de pesquisa em psicologia*. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed.

- Burlingame, G. M., Cox, J., Wells, G., Latkowski, M., Justice, D., Carter, C., & Lambert, M. (2005). *The administration and scoring manual of the Youth Outcome Questionnaire*. Salt Lake City, Utah. OQ Measures.
- Burlingame, G. M., Mosier, J. I., Wells, M. G., Atkin, Q. G., Lambert, M. J., Whoolery, M., & Latkowski, M. (2001). Tracking the influence of mental health treatment: The development of the Youth Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 361–379. doi:10.1002/cpp.315
- Burlingame, G. M., Wells, M. G., Lambert, M. J., & Cox, J. C. (2004). Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ). In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for children and adolescents* (pp. 235-273). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Caminis, A., Henrich, C., Ruchkin, V., Schwab-Stone, M., & Martin, A. (2007). Psychosocial predictors of sexual initiation and high-risk sexual behaviors in early adolescence. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 1(1), 14. doi:10.1186/1753-2000-1-14
- Cannon, J. A. N., Warren, J. S., Nelson, P. L., & Burlingame, G. M. (2010). Change trajectories for the Youth Outcome Questionnaire Self-Report: Identifying youth at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(3), 289–301. doi: 10.1080/15374411003691727
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In Pasquali, L. e cols. (org.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. (pp. 506-520). Porto Alegre: Artmed.
- Connell, A. M., & Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128(5), 746-773. doi:10.1037/0033-2909.128.5.746
- Connors, C. K. (1990). *Connor's Rating Scales Manual*. North Towanda, NY: Multi-Health Systems.
- Conselho Federal de Psicologia. (2000). *Resolução nº 16/2000, de 20 de dezembro de 2000. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos*. Brasília, DF.

- Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução do Ministério da Saúde do Brasil nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF.
- Cosgrove, V. E., Rhee, S. H., Gelhorn, H. L., Boeldt, D., Corley, R. C., & Ehringer, M. A. (2011). Structure and etiology of co-occurring internalizing and externalizing disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *39*(1), 109-123. doi:10.1007/s10802-010-9444-8
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research, & Evaluation*, *10*, 1-9.
- Costello, E. J., & Maughan, B. (2015). Annual Research Review: Optimal outcomes of child and adolescent mental illness. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(3), 324-341. doi:10.1111/jcpp.12371
- Coster, W. J. (2013). Making the best match: Selecting outcome measures for clinical trials and outcome studies. *American Journal of Occupational Therapy*, *67*, 162-70. doi:10.5014/ajot.2013.006015
- Dancey, C., & Reidy, J. (2004). *Statistics without Maths for Psychology: Using SPSS for Windows*. London: Prentice Hall.
- Dhossche, D., van der Steen, F., & Ferdinand, R. (2002). Somatoform disorders in children and adolescents: A comparison with other internalizing disorders. *Annals of clinical psychiatry: Official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, *14*, 23-31. doi:10.3109/10401230209147395.
- Dunn, T., Burlingame, G., Walbridge, M., Smith, J., & Crum, M. (2005). Outcome assessment for children and adolescents: Psychometric validation of the Youth Outcome Questionnaire 30.1. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *12*(5), 388-401. doi:10.1002/cpp.461
- Epskamp, S., Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., Schmittmann, V. D., & Borsboom, D. (2012). Qgraph: Network visualizations of relationships in psychometric data. *Journal of Statistical Software*, *48*, 1-18. doi:10.18637/jss.v048.i04
- Guimarães, L. P. M., & Yoshida, E. M. P. (2014). Criteria of progress in child psychotherapies according to psychotherapists. *Paidéia*, *24*(57), 95-104. doi:10.1590/1982-43272457201412

- Hernández-Nieto, R. A. (2002). *Contribuciones al análisis estadístico*. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes/IESINFO.
- Holst, B., Lisboa, C. S. M, Braga, A. Z., Strey, A. M., & de Souza, D. B. (no prelo). Systematic review on the use and description of measures to evaluate psychotherapeutic interventions with children and adolescents. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*.
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179-185.
- Horney, K. (1964). *Nossos conflitos interiores*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Kazdin, A. E. (2000). Understanding change: From description to explanation in child and adolescent psychotherapy research. *Journal of School Psychology*, 38(4), 337-348.
- Klasen, H., & Crombag, A, C. (2013). What works where? A systematic review of child and adolescent mental health interventions for low and middle income countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemio.*, 48(4), 595–611. doi:10.1007/s00127-012-0566-x
- Kotov R., Chang S. W., Fochtmann L. J., Mojtabai R., Carlson G. A., Sedler M. J., & Bromet E. J. (2011). Schizophrenia in the internalizing–externalizing framework: A third dimension? *Schizophrenia Bulletin*, 37, 1168–1178. doi:10.1093/schbul/sbq024
- Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal-epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 216-227. doi:10.1037/0021-843X.107.2.216
- Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W.G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: Internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality & Individual Differences*, 30(7), 1245–1259. doi:10.1016/S0191-8869(00)00106-9
- Lancefield, K. S., Raudino, A., Downs, J. M., & Laurens, K. R. (2016). Trajectories of childhood internalizing and externalizing psychopathology and psychotic-like experiences in adolescence: A prospective population-based cohort study.

Development and psychopathology, 28(2), 527-536.
doi:10.1017/S0954579415001108

- Lilienfeld, S. O. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: Reflections and directions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(3), 285-291. doi:10.1023/A:1023229529866
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33, 883-900. doi: 10.1016/j.cpr.2012.09.008
- McClendon, D. T., Warren, J. S., Green, K. M., Burlingame, G. M., Eggett, D. L., & McClendon, R. J. (2011). Sensitivity to change of youth treatment outcome measures: A comparison of the CBCL, BASC-2, and Y-OQ. *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 111-125. doi:10.1002/jclp.20746
- Merrell, K. W. (2008). *The Guilford practical intervention in the schools series. Helping students overcome depression and anxiety: A practical guide (2nd ed.)*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Moreira, L. C. O., & Bastos, P. R. H. O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19(3), 445-453. doi:10.1590/2175-3539/2015/0193857
- Ng, M.Y., & Weisz, J.R. (2016). Annual Research Review: Building a science of personalised intervention for youth mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 216–236. doi:10.1111/jcpp.12470
- Pasquali, L. (2010). Testes referentes a construto: Teoria e modelo de construção. In Pasquali, L. e cols. (org.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. (pp. 165-198). Porto Alegre: Artmed.
- Rescorla, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., ... Verhulst, F. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15, 130–142. doi:10.1177/10634266070150030101.
- Ridge, N. W., Warren, J. S., Burlingame, G. M., Wells, M. G., & Tumblin, K. M. (2009). Reliability and validity of the Youth Outcome Questionnaire Self-Report. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1115–1126. doi:10.1002/jclp.20620

- Robinaugh, D. J., Millner, A. J., & McNally, R. J. (2016). Identifying highly influential nodes in the complicated grief network. *Journal of Abnormal Psychology, 125*(6), 747-757. doi:10.1037/abn0000181
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Cottier, L., & Goldring, E. (1989). *Diagnostic Interview Schedule, Version III-R*. Washington University, St. Louis, MO: Unpublished manuscript.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika, 66*(4), 507–514. doi:10.1007/BF02296192
- Schmittmann, V. D., Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., Epskamp, S., Kievit, R. A., & Borsboom, D. (2011). Deconstructing the construct: A network perspective on psychological phenomena. *New Ideas in Psychology, 31*, 43-53. doi:10.1016/j.newideapsych.2011.02.007
- Schreiber, J. B., Stage, F. K., King, J., Nora, A., & Barlow, E. A. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *Journal of Educational Research, 99*(6), 323–337. doi:10.3200/JOER.99.6.323-338
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods, 16*(2), 209-220. doi:10.1037/a0023353
- Warren, J. S., Nelson, P. L., Burlingame, G. M., & Mondragon, S. A. (2012). Predicting patient deterioration in youth mental health services: Community mental health vs. managed care settings. *Journal of Clinical Psychology, 68*(1), 24-40. doi:10.1002/jclp.20831
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for translation and cultural adaptation. *Value in Health, 8*(2), 94-104. doi:10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x
- World Health Organization. (1995). *Physical status: use and interpretation of anthropometry*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization.

4. SEÇÃO EMPÍRICA: MANUSCRITO II

Determinantes sociais associados ao desenvolvimento de problemas psicológicos e comportamentais em crianças e adolescentes

RESUMO

Introdução: Muitas são as variáveis que moldam o bem-estar mental individual e grupal. Identificar determinantes sociais para a saúde psicológica possibilita reconhecer subgrupos com maior risco de desenvolver transtornos mentais devido à exposição a circunstâncias sociais e desigualdades econômicas, sociais e de gênero. Este estudo, quantitativo e transversal, teve como objetivo investigar determinantes sociais associados ao desenvolvimento de problemas psicológicos e comportamentais em crianças e adolescentes no Brasil. **Método:** O *Youth Outcome Questionnaire* - Y-OQ 2.01, recentemente validado para uso na população brasileira, foi escolhido para essa avaliação, juntamente com um questionário de dados sociodemográficos desenvolvido para este estudo. Participaram 341 pais ou responsáveis de crianças (N=172) e adolescentes (N=163) de 1 a 19 anos de idade (M=9,44; DP=4,20). Os jovens eram 50,1% meninos e em 80,9% dos casos o respondente do questionário era a mãe. **Resultados:** Neste estudo, meninas demonstraram maior risco de desenvolver problemas de internalização, como depressão e ansiedade, enquanto os meninos apresentaram tendência para comportamentos externalizantes. A adolescência parece ser um período de maior vulnerabilidade para o adoecimento, assim como a monoparentalidade pode ser um fator agravante. Minorias étnicas e raciais (indivíduos negros ou pardos) apresentaram maiores escores de problemas psicológicos e comportamentais e necessitam de atenção especial no desenvolvimento de intervenções e políticas públicas na área da saúde mental. **Conclusão:** Identificar determinantes sociais para a saúde mental é essencial para a elaboração de intervenções mais efetivas e que considerem especificidades dos indivíduos e condições desfavoráveis para o desenvolvimento, fomentando assim a promoção da saúde psicológica e emocional em um período inicial da vida. Considerar os determinantes sociais na concepção de intervenções psicoterápicas pode reduzir lacunas na oferta de serviços de saúde mental que são derivadas de diferenças existentes no contexto social.

Palavras-chave: Transtornos Mentais; Criança; Adolescente; Perfil de Saúde.

Social determinants associated with the development of psychological and behavioral problems in children and adolescents

ABSTRACT

Introduction: Many are the variables that shape individual and group mental well-being. Identifying social determinants for psychological health makes it possible to recognize subgroups at greater risk of developing mental disorders due to exposure to social, economic, and gender circumstances and inequalities. This quantitative and cross-sectional study aimed to investigate social determinants associated with the development of psychological and behavioral problems in children and adolescents in Brazil. **Method:** The Youth Outcome Questionnaire - Y-OQ 2.01, recently validated for use in the Brazilian population, was chosen for this evaluation, along with a social-demographic questionnaire developed for this study. A total of 341 parents or guardians of children (N=172) and adolescents (N=163) from 1 to 19 years old (M=9.44; SD=4.20) were surveyed. Youth were 50.1% boys and 80.9% of the questionnaire's respondents were the youth's mothers. **Results:** In this study, girls showed a greater risk of developing internalization problems, such as depression and anxiety, while boys showed a trend towards externalized behaviors. Adolescence seems to be a period of greater vulnerability to mental illness, as well as single parenting can be an aggravating factor. Ethnic and racial minorities (black or brown individuals) presented higher scores of psychological and behavioral problems and need special attention in the development of interventions and public policies in the mental health area. **Conclusion:** Identifying social determinants for mental health is essential for designing more effective interventions that take into account individuals' specificities and unfavorable development conditions, thus fostering the promotion of psychological and emotional health in an early period of life. Considering social determinants in the conception of psychotherapeutic interventions can reduce gaps in mental health services resultant from differences in social contexts.

Key Words: Mental Disorders; Child, Adolescent; Health Profile.

Introduction

Successfully addressing youth mental health problems is a serious global challenge, especially because of the lack of financial resources designed for this purpose. Mental diseases, more than other organic diseases, have long-term costs to society, especially due to the individual's loss of productivity, the reduction of employability chances and the destabilization that mental impairment produce in a community (Beecham, 2014; Belfer, 2008; Kieling et al., 2011; Klasen & Crombag, 2013). On the individual level, child and adolescent experiences have great influence in the development of emotional suffering and numerous psychiatric disorders through adult life. There is a large body of scientific knowledge associating child development processes, such as socialization, emotional and moral development, with adult psychopathology (American Psychological Association, 2006). It's already known that childhood trauma may result in neural structural changes, such as reduction of the hippocampus and corpus callosum (Brietzke et al., 2012) and impairment in executive function and brain activity (Lu et al., 2017). Population-attributable risk proportions suggest that eradication of childhood adversities would lead to a 29.8% reduction of mood, anxiety, behavior and substance disorders in adulthood (Kessler et al., 2010).

A meta-analysis that evaluated 41 studies carried out in 27 countries from all world regions showed that the global prevalence of mental disorders in children and adolescents is 13.4% (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015). In Pelotas, southern Brazil, the prevalence of youth psychiatric disorders was investigated in a sample with 3,585 6-year-old children and almost 13% of the sample had a psychiatric diagnosis according to the DSM-IV, with a higher prevalence among boys (Petresco et al., 2014). The same study showed that more than one psychiatric disorder was identified in 17% of the children. These results point to the high prevalence of mental disorders in children and adolescents and the need to a deeper understanding of how psychological and behavioral problems are presented in different contexts or can be affected by social, demographic or clinical factors. Due to the strong social determination of mental illness – which means that these disorders are shaped largely by social, economic and environmental factors – opportunities for action on economic, geographic, social and cultural issues should be identified in each community to foster the individuals' mental health and well-being (Lund et al., 2018).

Regarding gender differences, it is known that western culture commonly expect specific – and different – emotional expressions for boys and girls. A meta-analysis (Chaplin

& Aldao, 2013) that reviewed 166 studies on gender differences in the expression of emotions suggest that girls tend to express more positive emotions, especially in adolescence and in situations of social pressure to mask negative feelings. Girls also internalize their emotions (e.g. sadness, fear, compassion, shame), with a tendency toward exteriorization only in adolescence, which may lead to depressive and anxious disorders in adulthood. Boys, on the other hand, present greater externalization of emotions, specifically anger, which may lead to conduct problems in the future. Another study showed a tendency to internalize in women, which have a higher risk than men for developing anxiety and mood disorders. Researchers also pointed out the tendency of men to externalization, with an increased risk for a lack of impulse control and substance use disorders (Kessler et al., 2005). Considering that gender differences have an impact on the development of different disorders, understanding how girls and boys demonstrate suffering is of great assistance to mental diagnosis and treatment.

Besides gender, other social and demographic factors appear to mediate psychological problems – and to identify them increases the knowledge about dynamic forces that shape individual and group well-being and supports the recognition of groups and individuals at increased risk of developing mental disorders due to the exposure to social circumstances and economic inequalities (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Previous studies have shown differences in mental disorders' diagnosis and treatment among different ethnicities (Blanco et al., 2007; Coleman et al., 2016), among children of parents with different marital status or relational characteristics (Clavarino et al., 2011; Hannighofer, Foran, Hahlweg, & Zimmermann, 2017) and between different age groups – which stands out mainly for identifying the age of onset of mental disorders (Kessler et al., 2007; Lijster et al., 2016).

Overview of the Study

The data presented so far supports the idea that the quality and improvement of mental health treatments offered for the youth population are closely related to the identification of social determinants associated to the development of psychological and behavioral problems. Recognizing factors that are associated with impairments in the emotional well-being of children and adolescents guarantee a better diagnosis and the development of interventions that cover risk factors. This research is part of a broader project that aimed to investigate

evidences of validity of the Youth Outcome Questionnaire – Y-OQ 2.01 in Brazil (Holst, 2019). The purpose of the present study was to verify the association between social aspects such as gender, age, and parent’s marital status, and clinical aspects such as history of psychotherapy and use of psychotropic medication with parents and guardians’ perceptions of child or adolescents’ psychological problems. We expected to find more severe problems in youth who have been or are doing psychotherapy and undergoing psychotropic treatment, and more externalizing-type problems in boys and internalizing-type problems in girls. We also intended to understand the relationship between ethnicity and parents’ marital status with different levels of youth psychological problems.

Method

This is a cross-sectional quantitative study. This research followed the Guidelines and Standards about research with human beings presented at the Resolution No. 466/2012 of the Brazilian National Health Council (2012) and the Resolution No. 016/2000 of the Brazilian Federal Council of Psychology (2000), and has been approved by the University’s Committee on Ethics in Research (Protocol No. 2.383.625). All parents signed the consent to participate in the study.

Sample

A total of 341 parents or legal guardians of children (N=172) and adolescents (N=163) from 1 to 19 years of age (M=9.44; SD=4.20) were surveyed. Invitations to participate in this study were threefold: in two psychotherapy services in Southern Brazil, using the non-probabilistic snowball sampling method (Breakwell, Hammond, Fife-Schaw, & Smith, 2010) or by completing questionnaires online disclosed in social media. The face-to-face applications took place individually and took about 25 minutes to be completed. Adolescents were considered the ones aged between 10 and 19 years old (World Health Organization, 1995). The sample presented an adequate distribution of gender and age group – the latter being the result of age binarization. The majority of the youth was white (84.7%) and had one (46.1%) or no siblings (32.6%), with fathers (76.5%) and mothers (71.9%) reporting “married” as marital status. All demographic data are shown in Table 1.

Table 1

Demographic information of the sample.

	N (%)
Gender ¹ (n=335)	
Male	171 (51)
Female	164 (49)
Skin color, race or ethnicity declared ¹ (n=288)	
White	244 (84.7)
Black	22 (7.6)
Brown	22 (7.6)
Age group ¹ (n=335)	
Children	172 (51.3)
Adolescents	163 (48.7)
Level of education ¹ (n=308)	
Incomplete Elementary School	257 (83.4)
Complete Elementary School	7 (2.3)
Incomplete High School	39 (12.7)
Complete High School	5 (1.6)
Number of siblings ¹ (n=341)	
0	104 (32.6)
1	147 (46.1)
2	43 (13.5)
3	14 (4.4)
4 or more	11 (3.4)
Mother's age ² (n=341)	39.8 ± 7.0
Father's age ² (n=341)	42.7 ± 8.1
Father's marital status (n=324)	
Married/Common-law married	248 (76.5)
Divorced/Separated/Widowed	33 (10.2)
Single	43 (13.3)
Mother's marital status (n=335)	
Married/Common-law married	241 (71.9)
Divorced/Separated/Widowed	39 (11.6)
Single	55 (16.4)
Performed and currently undergoing psychotherapy ¹ (n=321)	171 (53,3)
In current psychotherapeutic treatment ¹ (n=334)	93 (27,8)
History of psychotherapy (past) ¹ (n=273)	100 (36,6)
Length of previous psychotherapy ³ (months)	3 [9 - 23,5]
Psychotropic used ¹ (n=337)	43 (12,8)
Antidepressive	12 (3,6)
Anticonvulsant	7 (2,1)
Antipsychotic	14 (4,2)
Amphetamine (Methylphenidate and Lisdexamfetamine - ADDH)	11 (3,3)
Humor Stabilizer	1 (0,3)

Presentation by ¹frequency (%), ²mean ± standard deviation or ³median [1°Q - 3°Q].
ADDH = Attention-deficit/Hyperactivity disorder.

Measures

Demographic Characteristics

A social-demographic questionnaire was developed for this study to obtain information such as gender, age of the child or adolescent and of their parents, marital status of the parents, number of siblings, schooling of the child or adolescent, history of psychotherapy and psychotropic treatment.

Youth Outcome Questionnaire 2.01

This 64 items questionnaire is answered by parents or legal guardians of the children or adolescents and seek to evaluate behavior and psychological problems of young people in a total score, composed by six subscales: Intrapersonal Distress (ID), Somatic Stress (S), Interpersonal Relations (IR), Social Problems (SP), Behavioral Dysfunction (BD) and Critical Items (CI). Clinicians, researchers, and health service administrators supported the creation of the Y-OQ 2.01. The measure evaluates psychological or behavioral problems, especially during mental health interventions. It offers five variations of response (*never or almost never, rarely, sometimes, often, and almost always or always*) answered in a Likert scale. The Y-OQ 2.01 was the object of a study of cross-cultural adaptation and search for evidence of validity in Brazil (Holst, Lisboa, & Machado, 2019). OQ Measures granted permission and authorization for the instrument's adaptation, translation and investigation of the psychometric properties. The study by Holst et al. (2019) showed evidence of content and construct validity for the Y-OQ 2.01, attested through exploratory factorial and network analysis. The results indicated a two-factors structure for the Brazilian sample, understood as internalizing and externalizing problems, which presented good reliability indexes (Cronbach's alphas were 0.92 and 0.93, respectively). However, since the six subscales can be understood as subdivisions of these two great factors, the authors suggested that results can also be interpreted based in the Y-OQ 2.01 original 6-factor structure.

The Intrapersonal Distress subscale evaluates children and adolescents' emotional stress, such as anxiety, depression, fear or hopelessness. The second subscale, Somatic Stress, measures somatic symptoms, such as headaches, dizziness, weakness, nausea, muscle and joint pain. The Interpersonal Relations subscale evaluates the child/adolescent relationship with parents, other adults and peers, communication and interaction with friends, level of cooperation or aggression. The Social Problems subscale assesses severe cases of social norms' violation such as absenteeism, promiscuous sexual behavior, domestic escape and substance abuse. The Behavioral Dysfunction subscale evaluates the child/adolescent's ability to organize and complete tasks, and assesses episodes of inattention, hyperactivity, and impulsivity. Finally, the last subscale has 9 items assessing Critical Items such as paranoia, hallucination, delusions, suicide attempt and eating disorders (Burlingame et al., 2005).

Data analysis

In order to meet the objectives of this study, inferential statistics such as the T-Test and ANOVA were performed to investigate significant differences among boys and girls, age

groups, parents' marital status, race/ethnicity/skin color reported, and between individuals with or without a history of psychotherapy or psychotropic treatment. To evaluate differences between these groups, we used two possible factor structures of the Portuguese Y-OQ 2.01 - six factors from the original English structure (Burlingame et al., 2005) and two factors proposed by Holst et al. (2019). Quantitative data were presented by mean (M) and standard deviation (SD) while the categorical ones by absolute and relative frequency. Multiple linear regressions (MLR) were performed to investigate the role of the social-demographic and clinical variables as predictors of wider psychological and behavioral problems in children and adolescents (Y-OQ 2.01 total score) and as predictors of internalizing or externalizing symptoms.

Results

Table 2 presents the results of the T-Test and ANOVA regarding differences in the Portuguese Y-OQ 2.1 (original 6-factors) among genders, age groups, ethnicity, individuals with or without history of psychotherapy, history of medication use, and parent's marital status. Regarding gender differences, it was observed that girls presented significantly higher scores in Somatic Stress (M=5.2 SD=4.7 vs M=4.1 SD=3.5; $p=0.041$), while boys presented significantly higher scores in Social Problems (M=2.7 SD=3.7 vs M=1.5 SD=3.7; $p=0.022$). Significant differences also appeared comparing children (1 to 9 years old) with adolescents (10 to 19 years old), with the latter having significant higher Y-OQ 2.01 total scores (M=46.5, SD=34.6; $p<0.001$), which evaluates wider psychological and behavioral problems, and significant higher scores in the specific subscales of Intrapersonal Distress (M=20.0; SD=13.2; $p<0.001$), Somatic Stress (M=6.2; SD=4.8; $p<0.001$), and Interpersonal Relations (M=3.2; SD=6.6; $p=0.008$). Observing differences in scores between different ethnicities, races or skin colors reported, significant lower scores (all $p<0.05$) of psychological and behavioral problems were found in all subscales and in the Y-OQ 2.01 total score for participants that reported white as their ethnicity.

Regarding differences comparing participants with a history of psychotherapy – both past and current treatments – significant higher scores (all $p<0.05$) of psychological and behavioral problems were found in all subscales and in the instrument's total score for those

participants who had already done or are doing psychotherapy. A similar result appears in relation to the use of psychiatric medication: significantly higher scores (all $p < 0.05$) in Intrapersonal Distress, Interpersonal Relations, Social Problems, Behavioral Dysfunction, Critical Items and the scale's total score for those individuals undergoing psychotropic treatment. When comparing scores from different parents' marital statuses, results indicated that children and adolescents whose mothers are married scored less in Intrapersonal Stress, Somatic Stress, Social Problems, Critical Items and in the total instrument score. Considering the father's marital status, sons of married fathers scored significantly less in the Behavioral Dysfunction subscale. The statistics for these data are shown in Table 2.

Table 2

Differences in the Portuguese Y.OQ 2.01 original subscales between genders, age groups, ethnicity, history of psychotherapy and medication use and parents' marital status.

	n=218	Intrapersonal Stress	Somatic Stress	Interpersonal Relations	Social Problems	Behavioral Dysfunction	Critical Items	Total Score
Gender								
Male	110	14.7 ± 11.4	4.1 ± 3.5	2.3 ± 5.8	2.7 ± 3.7	11.7 ± 8.9	3.7 ± 3.3	39.2 ± 30.4
Female	108	16.0 ± 12.9	5.2 ± 4.7	1.7 ± 6.1	1.5 ± 3.7	9.5 ± 8.1	3.4 ± 3.5	37.3 ± 33.2
p-value	-	0.428	0.041**	0.470	0.022**	0.052	0.483	0.667
Age group								
Children	113	10.9 ± 9.2	3.2 ± 2.9	1.0 ± 5.2	1.8 ± 3.2	10.5 ± 8.5	3.2 ± 3.0	30.6 ± 26.8
Adolescents	105	20.0 ± 13.2	6.2 ± 4.8	3.2 ± 6.6	2.4 ± 4.2	10.8 ± 8.7	4.0 ± 3.6	46.5 ± 34.6
p-value	-	<0.001**	<0.001**	0.008**	0.307	0.772	0.087	<0.001**
Skin color, race or ethnicity declared								
White	193	14.6 ± 12.0	4.4 ± 4.0	1.7 ± 6.0	1.8 ± 3.5	10.1 ± 8.4	3.4 ± 3.3	36.0 ± 31.2
Black/Brown	25	20.8 ± 11.8	6.7 ± 5.1	4.6 ± 5.4	4.2 ± 4.4	14.3 ± 9.5	4.9 ± 3.4	55.6 ± 31.4
p-value	-	0.016**	0.008**	0.020**	0.002**	0.022**	0.039**	0.003**
Performed or currently undergoing psychotherapy								
Yes	105	19.7 ± 11.7	5.3 ± 4.4	3.9 ± 6.1	2.8 ± 4.0	12.4 ± 8.7	4.2 ± 3.6	48.4 ± 31.4
No	113	11.2 ± 11.1	4.0 ± 3.8	0.3 ± 5.3	1.4 ± 3.3	9.0 ± 8.2	3.0 ± 3.0	28.9 ± 29.1
p-value	-	<0.001**	0.021**	<0.001**	0.005**	0.003**	0.009**	<0.001**
Medication use								
Yes	25	27.1 ± 10.7	6.3 ± 5.4	7.3 ± 7.2	5.0 ± 5.6	19.8 ± 10.8	6.9 ± 4.5	72.3 ± 34.8
No	193	13.8 ± 11.5	4.4 ± 4.0	1.3 ± 5.5	1.7 ± 3.2	9.4 ± 7.5	3.2 ± 2.9	33.8 ± 28.6
p-value	-	<0.001**	0.109	<0.001**	0.007**	<0.001**	<0.001**	<0.001**
Mother's marital status								
Married/Common-law married	167	13.8 ± 11.9 a	4.2 ± 3.9 a	1.4 ± 5.7	1.3 ± 3.0 a	9.6 ± 8.1	3.1 ± 2.9 a	33.6 ± 29.5 a
Single	28	21.1 ± 12.1 b	5.6 ± 4.2 ab	4.3 ± 6.3	5.3 ± 4.6 b	13.9 ± 10	5.1 ± 3.9 b	55.3 ± 33.0 b
Divorced/Separated/Widowed	23	19.0 ± 11.8 ab	6.7 ± 5.4 b	3.7 ± 7.1	3.6 ± 4.8 b	13.8 ± 9.2	5.0 ± 4.5 ab	51.7 ± 35.9 ab
p-value	-	0.004**	0.013**	0.113	<0.001**	0.092	0.001**	<0.001**
Father's marital status								
Married/Common-law married	178	14.2 ± 11.9	4.3 ± 4.0	1.7 ± 6.0	1.7 ± 3.6	9.7 ± 8.3 a	3.3 ± 3.4	35.0 ± 31.2
Single	23	20.2 ± 12.8	6.2 ± 4.6	3.1 ± 6.1	3.7 ± 4.1	13.7 ± 8.9 ab	5.0 ± 3.3	51.9 ± 32.6
Divorced/Separated/Widowed	17	19.8 ± 11.8	6.2 ± 5.0	4.1 ± 4.7	3.4 ± 3.3	16.6 ± 8.6 b	4.4 ± 2.5	54.4 ± 28.1
p-value	-	0.191	0.158	0.199	0.109	0.001**	0.129	0.053

**Significant differences at $p < 0.05$. Presentation by mean ± standard deviation, T-test and ANOVA with Tukey post-hoc. Categories without common letters indicate significant difference.

We performed the same comparisons by analyzing the Y-OQ 2.01 two-factor structure proposed by Holst et al. (2019): internalizing and externalizing problems. Concerning internalizing symptoms, scores were significantly higher in adolescents, individuals with a history or currently performing psychotherapy and using psychotropic medication. Significantly lower scores were found for children of married mothers and fathers. Regarding the externalizing problems, scores were significantly higher for individuals that reported black or brown as ethnicity, with a history or currently performing psychotherapy and using

psychotropic medication. Again, significantly lower scores were found for children of married mothers and fathers. The statistics for these data are shown in Table 3.

Table 3

Differences in the Portuguese Y.OQ 2.01 proposed two factors - Internalizing and Externalizing - between genders, age groups, ethnicity, history of psychotherapy and medication use and parents' marital status.

	n=262	Internalizing Problems	Externalizing Problems
Gender			
Male	131	48.0 ± 12.1	50.8 ± 10.7
Female	131	50.5 ± 15.0	48.2 ± 11.7
p-value	-	0.145	0.059
Age group			
Children	136	44.9 ± 9.9	49.4 ± 9.8
Adolescents	126	53.9 ± 15.5	49.6 ± 12.7
p-value	-	<0.001**	0.851
Skin color, race or ethnicity declared			
White	223	48.7 ± 13.6	48.8 ± 11.2
Black/Brown	39	52.4 ± 13.8	53.5 ± 10.8
p-value	-	0.122	0.016**
Performed or currently undergoing psychotherapy			
Yes	132	52.0 ± 14.4	51.9 ± 11.8
No	130	46.4 ± 12.2	47.1 ± 10.1
p-value	-	0.001**	0.001**
Medication use			
Yes	32	57.8 ± 19.0	60.0 ± 13.7
No	230	48.0 ± 12.3	48.0 ± 10.1
p-value	-	<0.001**	<0.001**
Mother's marital status			
Married/Common-law married	197	47.0 ± 10.7 a	47.8 ± 9.4 a
Single	39	55.8 ± 18.5 b	55.7 ± 15.3 b
Divorced/Separated/Widowed	26	56.4 ± 19.0 b	52.9 ± 13.2 ab
p-value	-	<0.001**	<0.001**
Father's marital status			
Married/Common-law married	206	47.8 ± 12.1 a	47.9 ± 10.2 a
Single	34	53.2 ± 17.7 ab	54.3 ± 13.2 b
Divorced/Separated/Widowed	22	56.5 ± 17.1 b	56.8 ± 12.9 b
p-value	-	0.003**	<0.001**

**Significant differences at $p < 0.05$. Presentation by mean ± standard deviation, T-test and ANOVA with Tukey post-hoc. Categories without common letters indicate significant difference.

Based on the results of the T-Test and ANOVA, we set up models and performed three MLR to investigate the role of the social-demographic and clinical variables as predictors of children and adolescents' psychological and behavior problems. Considering that MLR is a multivariate analysis – each variable serves as a control for the other variables' coefficients' estimation – after a first regression for the Y-OQ 2.01 total score we removed two variables from the model (*Father's marital status* and *Gender*) due to the low explanatory impact, aiming the model's refinement. The model for the Portuguese Y-OQ 2.01 total score was then retested and is presented in Table 4. As shown in Figure 1, there was a statistically significant interaction between the effects of history of psychotherapy and psychotropic medication use

for this model. The model 1 explained 26.7% of the variance ($R^2=0.267$). Simple main effects analysis showed that age group ($\beta=-10.71$; $t=-2.791$; $p=0.006$), history of psychotherapy ($\beta=11.53$; $t=2.814$; $p=0.005$) and psychiatric medication use ($\beta=57.51$; $t=3.594$; $p<0.001$), mothers' marital status ($\beta=15.75$; $t=2.773$; $p=0.006$) and ethnicity and skin color ($\beta=14.80$; $t=2.533$; $p=0.012$) are predictors of psychological and behavioral problems.

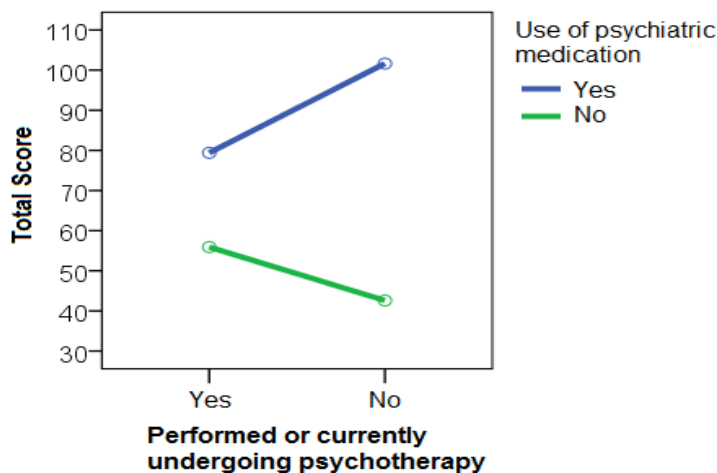
Table 4

Model 1: Multiple linear regression for the *Portuguese Y-OQ 2.01 Total Score*, which describes psychological and behavioral problems of children and adolescents.

	Coefficient (B)	Standard Error	t	p-value
Constant	30.45	3.63	8.389	<0001
Age Group: Children	-10.71	3.84	-2.791	0.006**
Mother: Divorced/Separated/Widowed	9.00	6.23	1.445	0.150
Mother: Single	15.75	5.68	2.773	0.006**
Skin color: Black/Brown	14.80	5.84	2.533	0.012**
Performed or currently undergoing psychotherapy: Yes (1)	11.53	4.10	2.814	0.005**
Medication Use: Yes (2)	57.51	16.00	3.594	<0.001**
Interaction (1)*(2)	-34.21	17.29	-1.979	0.049**

n=218. **Significant differences at $p<0.05$. $R^2=0.267$

Figure 1 - Interaction between history of psychotherapy and psychotropic medication use for the Model 1.



Two models were also designed to explain the variability of the score of internalizing (Table 5) and externalizing problems (Table 6). The objective with these models was to test possible predictors to explain the externalizing and externalizing symptoms. Model 2 (Table 5) explained 20.5% of the variance for internalizing symptoms ($R^2=0.205$) and pointed to age group ($\beta=-0.79$; $t=-5.07$; $p<0.001$), mothers' marital status (divorced/separated/widowed $\beta=0.59$; $t=2.23$; $p=0.027$ and single $\beta=0.84$; $t=3.90$; $p<0.001$) and psychotropic treatment ($\beta=0.65$; $t=2.71$; $p=0.007$) as possible predictors of psychological and behavior problems.

Table 5Model 2: Multiple linear regression for the Portuguese Y-OQ 2.01 *Internalizing factor*.

	Coefficient (B)	Standard Error	t	p-value
Constant	-0.01	0.17	-0.08	0.933
Gender: Male	-0.12	0.15	-0.77	0.444
Age Group: Children	-0.79	0.16	-5.07	<0.001**
Mother: Divorced/Separated/Widowed	0.59	0.26	2.23	0.027**
Mother: Single	0.84	0.22	3.90	<0.001**
Skin color: Black/Brown	0.30	0.21	1.41	0.159
Performed or currently undergoing psychotherapy: Yes	0.19	0.16	1.20	0.231
Medication Use: Yes	0.65	0.24	2.71	0.007**

n=262. **Significant differences at $p<0.05$. adjusted. $R^2=0.205$.

Model 3 (Table 6) also explained 20.1% of the variance ($R^2=0.201$) for externalizing symptoms and indicated gender ($\beta=0.29$; $t=2.28$; $p=0.024$), mother's marital status ($\beta=0.65$; $t=3.63$; $p<0.001$), ethnicity and skin color ($\beta=0.43$; $t=2.44$; $p=0.015$) and psychotropic treatment ($\beta=1.05$; $t=5.29$; $p<0.001$) as potential predictors.

Table 6Model 3: Multiple linear regression for the Portuguese Y-OQ 2.01 *Externalization factor*.

	Coefficient (B)	Standard Error	t	p-value
Constant	-0.69	0.14	-5.02	<0.001
Gender: Male	0.29	0.13	2.28	0.024**
Age Group: Children	0.08	0.13	0.66	0.512
Mother: Divorced/Separated/Widowed	0.39	0.22	1.78	0.076
Mother: Single	0.65	0.18	3.63	<0.001**
Skin color: Black/Brown	0.43	0.18	2.44	0.015**
Performed or currently undergoing psychotherapy: Yes	0.25	0.13	1.85	0.065
Medication Use: Yes	1.05	0.20	5.29	<0.001**

n=262. **Significant differences at $p<0.05$. $R^2=0.201$

Discussion

The main objective of this study was to investigate how clinical, social and demographic characteristics could operate as social determinants for the development of psychological and behavioral problems in children and adolescents. Actions that target these social determinants can reduce gaps in mental health services that derived from differences in gender, age, ethnicity, income, education or geographic area of residence (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Our results were aligned with other studies (Liu, Chen, & Lewis, 2011; Rescorla et al., 2007) that showed vulnerability for girls to hide or internally attempt to manage their suffering. Comparing boys and girls through

the Y-OQ 2.01 total score (Table 2), girls had higher scores for Somatic Stress (internalizing symptoms). We also observed the likelihood of boys to externalize and develop behavioral problems such as aggressiveness, impulsivity and delinquency, as indicated by their higher scores in the Social Problems subscale – which highlights the relation between externalization and male sex (Rescorla et al., 2007; Hackett, Hackett, Bhakta, & Gowers, 1999). These differences are confirmed by literature and can be explained by cultural and environmental factors that impact boys' and girls' development in different societies (Chaplin & Aldao, 2013; Leve, Kim, & Pears, 2005).

Regarding age group, the deterioration path of mental problems was reflected in adolescents' significantly higher score comparing to children on several psychological problems (Intrapersonal Stress, Somatic Stress, Interpersonal Relations and Y-OQ 2.01 total score – Table 2, and Internalization Problems, as shown in Table 3). This data follows several studies that define the end of childhood and adolescence as the age of onset of most mental illness, such as phobias, impulse control disorder, mood and anxiety disorders; later onsets in life are mainly secondary conditions and preceded by less severe disorders that rarely receive clinical attention (Kessler et al., 2007; Cornelius, van der Klink, Boer, Brouwer, & Groothoff, 2016). This result reinforces the premise that adolescence is a vulnerable life period and deserves attention and effective interventions.

We also observed that individuals that reported black or brown as ethnicity are at greater risk for the development of psychological and behavioral problems, especially symptoms of the externalizing spectrum - which is evident through the comparisons from Tables 2 and 3 and in the models described in Tables 4 and 6. Previous studies have pointed out that ethnic and racial differences may impact on the diagnosis and treatment of mental illness (Coleman et al., 2016) and that black individuals exhibit significantly higher rates of severe clinical diagnoses than white individuals - such as schizophrenia (Gara et al., 2012). In addition, the place of residence in a poor neighborhood seems to moderate the relationship between race/ethnicity and access to mental health services (Chow, Jaffee, & Snowden, 2003). Evidences show that Brazilian black individuals experience lower levels of health and life expectancy than white Brazilians (Chiavegatto Filho, Beltrán-Sánchez, & Kawachi, 2014). Such disparities in Brazilian health levels reflect broader inequalities in society, especially due to racial, socioeconomic and gender differences (Chor, 2013). Identifying higher levels of psychological distress in Brazilian ethnic minorities may contribute to the debate about the multiple forms of oppression that directly impact the emotional well-being.

Additionally, addressing ethnic minorities and their specificities in the development of interventions is essential to facilitate their access to mental health care.

The results also highlight the relevance of family context to children's mental health, and the marital status of both parents as of great influence to children and adolescent's emotional well-being. The offspring of married mothers appear to have lower scores on several psychological and behavior outcomes, and sons of married fathers score significantly low in Behavioral Dysfunction. When evaluating the internalizing and externalizing outcomes, children of married mothers and fathers also scored significantly less for both factors. Regarding MLR, in all models the mother's marital status appeared as relevant. Previously studies already showed that marital rupture is associated with anxiety, mood disorders and substance use (Kessler et al., 2005). The study by Hannighofer et al. (2017), with a 10-year follow-up of 249 families, found that children of mothers in unstable relationships are 8.2 times more likely to have emotional or behavioral problems than children of mothers with high relationships' quality. However, the authors emphasize that investigate only differences between unstable families (divorce or separation) and stable (marriage), without regard to the quality of the relationship between the parents, does not allow a full understanding of this phenomenon. Along with the issue of single parenting, it is known that high predictability and stability are protective factors for children's mental health, such as certainty regarding who is the caretaker, place of residence, the healthy mother's functioning and the continued presence of the father (Baldrige, 2011).

Sample's descriptive statistics showed that antipsychotics (N=14) were the most commonly used drugs, followed by antidepressants (N=12) and amphetamines used to treat Attention-deficit/Hyperactivity disorder (ADHD), like Methylphenidate and Lisdexamphetamine (N=11). The same psychotropic medications as in the present study (drugs for ADHD, antipsychotics and antidepressants) appear to be the most commonly prescribed for children in other study (Puustjärvi, Raunio, Lecklin, & Kumpulainen, 2016). In addition, the predominant use of antipsychotics in this study is congruent with a trend towards increased prescriptions of antipsychotic drugs among children and adolescents – perhaps due to the attenuation of the adverse effects of the second generation of these drugs, but also may imply the inadequate employment to anxiety disorders and ADHD, that have no evidence of responding to antipsychotics (Olfson, Blanco, Liu, Wang, & Correll, 2012; Bachmann, Lempp, Glaeske, & Hoffmann, 2014). It is unquestionable that the prescription of psychotropic medications should be performed by a competent physician, with training in the

use of these drugs with this age group, and that the medication should only act as a component of a wider comprehensive bio-psychosocial treatment plan (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2012).

Results of this study also reinforce the applicability of the Portuguese Y-OQ 2.01 for assessments of mental health functioning of children and adolescents. The measure seems especially relevant to psychotherapy assessments, since it has shown sensitivity to discriminate individuals with or without current or past history of psychotherapy and in psychotropic treatment (indicators of what can be considered as clinical population). The English version of Y-OQ 2.01 was verified in non-clinical and clinical (outpatient and inpatient) studies and was also successful in discriminating symptom levels among different populations (Burlingame et al., 2005). The same happened with the Portuguese version: the instrument was effective in identifying higher emotional and psychological distress in participants with a history of psychotherapy (past or current) or in psychotropic treatment (Tables 2 and 3). Greater suffering was detected especially in patients receiving psychotropic medication (Figure 1) – among participants with or without history of psychotherapy the total score is higher for those in psychotropic treatment in relation to those who are not. Besides, all models tested through MLR indicated psychotropic medication as significantly associated with psychological problems. These data emphasize the importance of clinical interventions in childhood and adolescence for the promotion of mental health and quality of life and the relevance of combined treatments (psychotherapy and medication) for individuals with severe disorders (Souza, Osório, & Fleck, 2015).

Implications and Limitations

Some limitations of this study should be stressed. Demographics of the final sample had adequate gender and age groups' distribution; however, other variables such as ethnicity reported or parent's marital status presented heterogeneous distribution. Although we were able to identify possible predictors or risk factors, longitudinal studies to assess causal relationships are recommended. Also, other clinical and demographic characteristics should be investigated to better attend the mental health demand with this age group. Another limitation is that the determination coefficient (R^2) of the MLR models – that implies how much the model can explain the observed values – was not high for any model (all around

20%). We suggest as explanatory possibilities the use of a self-report measurement, predictor variables that were not considered, multivariate complexity not reached, among others.

Aiming to identify social determinants for children and adolescents' psychological and behavioral problems, we were able to assume that gender is a relevant factor, in which girls have higher risk of developing internalizing problems and boys to develop externalizing behavior. Adolescence seems to be a critical period in life, and single parenting can be an aggravating factor. In our study ethnic and racial minorities (black or brown individuals) presented higher scores of psychological and behavioral problems and ethnicity appeared as a relevant predictors for the Y-OQ 2.01 total score model and for the externalization model. This data should be considered in the development of public policies and mental health interventions, and discriminatory experiences must always be examined due to their extremely harmful character for the emotional well-being (Jang, Chiriboga, & Small, 2008). In addition, the Y-OQ 2.01 seems to be effective in differentiating clinical and non-clinical population, which extends its evidence of validity for the use with the Brazilian population. In summary, we expect that this study increase the knowledge about social determinants associated with the development of psychological and behavioral problems in children and adolescents and support the development of more effective interventions and public policies to foster youth mental health.

References

- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (2012). *A Guide for Community Child Serving Agencies on Psychotropic Medications for Children and Adolescents*, AACAP. Retrieved from http://www.aacap.org/app_themes/aacap/docs/press/guide_for_community_child_serving_agencies_on_psychotropic_medications_for_children_and_adolescents_2012.pdf
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*, 271-285.
- Bachmann, C. J., Lempp, T., Glaeske, G., & Hoffmann, F. (2014). Antipsychotic prescription in children and adolescents: an analysis of data from a German statutory health insurance company from 2005 to 2012. *Deutsches Arzteblatt international*, *111*(3), 25-34. doi:10.3238/arztebl.2014.0025
- Baldrige, S. (2011). Family Stability and Childhood Behavioral Outcomes: A Critical Review of the Literature. *Journal of Family Strengths*, *11*(1).
- Beecham, J. (2014). Annual research review: Child and adolescent mental health interventions: a review of progress in economic studies across different disorders. *J Child Psychol Psychiatr*, *55*, 714-732. doi:10.1111/jcpp.12216
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 226-236. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x
- Blanco, C., Patel, S. R., Liu, L., Jiang, H., Lewis-Fernández, R., Schmidt, A.B, Liebowitz, M. R., & Olfson, M. (2007). National trends in ethnic disparities in mental health care. *Medical Care*, *45*(11), 1012-1019. doi:10.1097/MLR.0b013e3180ca95d3
- Brazilian Federal Council of Psychology/Conselho Federal de Psicologia. (2000). *Resolução nº 10/2000, de 20 de dezembro de 2000. Especifica e qualifica a Psicoterapia como prática do Psicólogo*. Brasília, DF.
- Brazilian National Health Council/Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução do Ministério da Saúde do Brasil nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF.
- Breakwell, G., Hammond, S., Fife-Schaw, C., & Smith, J. A. (2010). *Método de pesquisa em psicologia*. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Brietzke, E., Kauer-Sant'anna, M., Jackowski, A., Grassi-Oliveira, R., Bucker, J., Zugman, A., Mansur, R. B., & Bressan, R. A. (2012). Impact of childhood stress on psychopathology. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *34*(4), 480-488. doi:10.1016/j.rbp.2012.04.009
- Burlingame, G., Cox, J., Wells, G., Latkowski, M., Justice, D., Carter, C., & Lambert, M. (2005). *The administration and scoring manual of the Youth Outcome Questionnaire*. Salt Lake City, Utah. OQ Measures.

- Chaplin, T. M., & Aldao, A. (2013). Gender differences in emotion expression in children: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *139*(4), 735-765. doi:10.1037/a0030737
- Chiavegatto Filho, A. D. P., Beltrán-Sánchez, H., & Kawachi, I. (2014). Racial disparities in life expectancy in Brazil: challenges from a multiracial society. *American Journal of Public Health*, *104*(11), 2156-2162. doi:10.2105/AJPH.2013.301565
- Chor, D. (2013). Health inequalities in Brazil: race matters. *Cadernos de Saúde Pública*, *29*(7), 1272-1275. doi:10.1590/S0102-311X2013000700002
- Chow, J. C., Jaffee, K., & Snowden, L. (2003). Racial/ethnic disparities in the use of mental health services in poverty areas. *American journal of public health*, *93*(5), 792-7.
- Clavarino, A., Hayatbakhsh, M. R., Williams, G. M., Bor, W., O'Callaghan, M., & Najman, J. M. (2011). Depression following marital problems: different impacts on mothers and their children? A 21-year prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *46*(9), 833-841. doi:10.1007/s00127-010-0253-8
- Coleman, K. J., Stewart, C., Waitzfelder, B. E., Zeber, J. E., Morales, L. S., Ahmed, A. T., ... Simon, G. E. (2016). Racial-Ethnic Differences in Psychiatric Diagnoses and Treatment Across 11 Health Care Systems in the Mental Health Research Network. *Psychiatric services*, *67*(7), 749-757. doi:10.1176/appi.ps.201500217
- Cornelius, L. R., van der Klink, J. J. L., Boer, M. R., Brouwer, S., & Groothoff, J. W. (2016). High prevalence of early onset mental disorders among long-term disability claimants. *Disability and Rehabilitation*, *38*(6), 520-527. doi:10.3109/09638288.2015.1046566
- Gara, M. A., Vega, W. A., Arndt, S., Escamilla, M., Fleck, D. E., Lawson, ... Strakowski, S. M. (2012). Influence of patient race and ethnicity on clinical assessment in patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, *69*(6), 593-600. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.2040.
- Hackett, R., Hackett, L., Bhakta, P., & Gowers, S. (1999). The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerala, South India. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*(5), 801-807. doi:10.1111/1469-7610.00495:
- Hannighofer, J., Foran, H., Hahlweg, K., & Zimmermann, T. (2017). Impact of Relationship Status and Quality (Family Type) on the Mental Health of Mothers and Their Children: A 10-Year Longitudinal Study. *Frontiers in psychiatry*, *8*, 266. doi:10.3389/fpsy.2017.00266

- Holst, B. (2019). *Evidências de validade da escala Youth Outcome Questionnaire - Y-OQ 2.01, versão pais e responsáveis legais, para o português brasileiro*. (Unpublished doctoral thesis). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.
- Holst, B., Lisboa, C. S. M., & Machado, W. L. (2019). *Assessing psychotherapy outcome with children and adolescents: evidence of validity of the Youth Outcome Questionnaire 2.01 for the Brazilian population*. Porto Alegre, Brazil: Unpublished manuscript.
- Jang, Y., Chiriboga, D. A., & Small, B. J. (2008). Perceived discrimination and psychological well-being: the mediating and moderating role of sense of control. *International Journal of Aging & Human Development*, *66*(3), 213-27. doi:10.2190/AG.66.3.c
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, *20*(4), 359-64. doi:10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, *62*(6), 593–602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry: The journal of mental science*, *197*(5), 378-85. doi:10.1192/bjp.bp.110.080499
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, *378*, 1515–1525. doi:10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- Klasen, H., & Crombag, A. C. (2013). What works where? A systematic review of child and adolescent mental health interventions for low and middle income countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemio.*, *48*(4), 595–611. doi:10.1007/s00127-012-0566-x
- Leve, L. D., Kim, H. K. & Pears, K. C. (2005). Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *33*(5), 505-520. doi:10.1007/s10802-005-6734-7

- Lijster, J. M., Dierckx, B., Utens, E. M., Verhulst, F. C., Zieldorff, C., Dieleman, G. C., & Legerstee, J. S. (2016). The age of onset of anxiety disorders. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *62*(4), 237-246. doi:10.1177/0706743716640757
- Liu, J., Chen, X., & Lewis, G. (2011). Childhood internalizing behaviour: analysis and implications. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *18*(10), 884-94. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01743.x
- Lu, S., Pan, F., Gao, W., Wei, Z., Wang, D., Hu, S., Huang, M., Xu, Y., & Li, L. (2017). Neural correlates of childhood trauma with executive function in young healthy adults. *Oncotarget*, *8*(45), 79843-79853. doi:10.18632/oncotarget.20051
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., ... Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, *5*(4), 357-369. doi:10.1016/S2215-0366(18)30060-9.
- Olfson, M., Blanco, C., Liu, S. M., Wang, S., & Correll, C. U. (2012). National trends in the office-based treatment of children, adolescents, and adults with antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry*, *69*(12), 1247-1256. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.647
- Petresco, S., Anselmi, L., Santos, I. S., Barros, A. J. D., Fleitlich-Bilyk, B., Barros, F. C., & Matijasevich, A. (2014). Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *49*(6), 975- 983. doi:10.1007/s00127-014-0826-z
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. and Rohde, L. A. (2015), Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, *56*, 345-365. doi:10.1111/jcpp.12381
- Puustjärvi, A., Raunio, H., Lecklin, A., & Kumpulainen, K. (2016). Drug therapy and the most common drugs for childhood psychiatric disorders. *Duodecim*, *132*(10), 943-950.
- Rescorla, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., ... Verhulst, F. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *15*, 130–142. doi:10.1177/10634266070150030101

Souza, L., Osório, C., & Fleck, M. (2015). Psicoterapia de orientação analítica e farmacoterapia. In C. L. Eizirik, R. W. Aguiar e S. S. Schestatsky (Eds). *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos*. (pp. 335-354). Porto Alegre: Artmed.

World Health Organization. (1995). *Physical status: use and interpretation of anthropometry*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou investigar evidências de validade do instrumento *Youth Outcome Questionnaire 2.01*, medida destinada à avaliação de processo e desfecho de psicoterapia com crianças e adolescentes a partir da perspectiva dos pais ou responsáveis legais dos pacientes. O propósito principal desta pesquisa foi integrar demandas da área clínica com a metodologia do campo científico, visando o intercâmbio entre a pesquisa acadêmica e a práxis e a oferta de ferramentas e informações que qualifiquem a atuação feita dentro dos consultórios. Para o clínico, o monitoramento da psicoterapia com crianças e adolescentes mostra-se desafiador por inúmeros motivos. A baixa capacidade de auto-observação do paciente desta faixa etária, as drásticas mudanças advindas do desenvolvimento e que mascaram a evolução (ou a falta dela), os pais que, por inúmeras impossibilidades ou por mobilização diante do sofrimento psicológico dos filhos, tem dificuldade em observar de forma precisa o progresso terapêutico, são alguns dos fatores intervenientes na avaliação dos resultados de intervenções psicológicas. Assim, o principal objetivo deste estudo foi oferecer uma ferramenta de uso clínico que fomente a qualidade do tratamento para tratamentos mentais.

Este estudo também objetivou firmar parcerias que pudessem ser longevas, com Instituições interessadas em manter o instrumento em sua bateria padrão de avaliação psicoterapêutica. A entrada nas Instituições para as coletas com a população clínica foi um processo permeado por obstáculos, o que impactou o tamanho da amostra atingido. Seja pelo pouco investimento em pesquisa pelas Instituições de ensino em psicoterapia, ou pela cautela ou más experiências prévias nas parcerias com pesquisadores externos, ou ainda pela burocracia no estabelecimento da relação de cooperação com a Instituição, percebemos o número de Instituições participantes reduzir pela metade entre o início do projeto até o período da coleta. Testemunhamos na prática a desconexão entre a Academia e a prática clínica, sendo a relevância prática do projeto muitas vezes não compreendida pelos clínicos dos locais. Foi feito, portanto, um trabalho em conjunto com as Instituições no sentido conscientizar os terapeutas da importância da pesquisa para o desenvolvimento de boas práticas psicoterapêuticas. É o próprio paciente, sujeito da pesquisa, que se beneficia com este conhecimento desenvolvido.

Compreendemos fazer parte de um processo de troca ainda em construção, e que as relações desenvolvidas durante este estudo visam estreitar esse intercâmbio de informações,

qualificando tanto a pesquisa na área da psicoterapia quanto as intervenções feitas pelos clínicos. Um dos nossos objetivos era evitar uma coleta que beneficiasse apenas a execução desta Tese, mas firmar parcerias duradouras nos locais, onde o trabalho pudesse ser continuado mesmo após a conclusão do cronograma da pesquisa. Apesar do número final reduzido de colaborações formais firmadas, o que impactou no número amostral alcançado, ambas as Instituições participantes incluíram o Y-OQ 2.01 em sua bateria definitiva, ora substituindo um instrumento anterior que apresentava deficiências ou incluindo uma nova perspectiva de avaliação, antes inexistente. Entretanto, justamente com o objetivo de ser executável no contexto real do funcionamento dos locais, houve uma limitação na possibilidade de incluir outros instrumentos em nossa bateria. Limitações deste estudo podem ter sido: ausência de outros instrumentos de avaliação de processo e desfecho de psicoterapia, que poderiam contribuir para a investigação de evidências de validade do Y-OQ 2.01; tamanho amostral modesto, mas ainda em fase de ampliação – as coletas continuaram a ocorrer, assim como os estudos de ampliação das evidências de validade do instrumento – e número limitado de Instituições participantes do projeto.

6. ANEXOS

Anexo A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Evidências de Validade da Escala Youth Outcome Questionnaire - Y-OQ 2.01, Versão Pais e Responsáveis Legais, para o Português Brasileiro

Pesquisador: Carolina Saraiva de Macedo Lisboa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76229317.4.0000.5336

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.383.625

Apresentação do Projeto:

Este estudo visa adaptar e investigar evidências de validade da escala Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ 2.01) no contexto brasileiro. Este instrumento avalia desfecho em psicoterapia com crianças e adolescentes, através da percepção dos pais, a partir de seis subescalas: 1) estresse intrapessoal; 2) sintomas somáticos; 3) relações interpessoais; 4) itens críticos (sintomas graves de pacientes em regime de internação); 5) problemas sociais; 6) disfunções comportamentais.

Objetivo da Pesquisa:

Este estudo visa adaptar e investigar evidências de validade da escala Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ 2.01) no contexto brasileiro. Este instrumento avalia desfecho em psicoterapia com crianças e adolescentes, através da percepção dos pais, a partir de seis subescalas: 1) estresse intrapessoal; 2) sintomas somáticos; 3) relações interpessoais; 4) itens críticos (sintomas graves de pacientes em regime de internação); 5) problemas sociais; 6) disfunções comportamentais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos deste estudo centram-se no eventual desconforto e cansaço que os participantes possam sentir devido ao tempo de preenchimento dos questionários, que pode levar em torno de 15 minutos para serem preenchidos. Ainda, é possível que a natureza pessoal de

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.383.625

algumas perguntas dos questionários possa causar desconforto ou mal-estar subjetivo emocional nos participantes. Em caso de observação de sinais de cansaço, desconforto ou sofrimento emocional provocado pela aplicação dos instrumentos, a atividade será interrompida. Benefícios: A pesquisa possivelmente trará benefícios, uma vez que desenvolverá um instrumento que auxilia na avaliação do processo de psicoterapia de crianças e adolescentes e, com isto, contribuirá para o aprimoramento de técnicas psicoterapêuticas que podem beneficiar jovens que estejam atravessando problemas emocionais e/ou psicológico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de adaptação e validação de instrumentos. Processo de adaptação atende as orientações psicométricas. Apresenta todas as cartas de autorização para a aplicação dos instrumentos. Cálculo amostral adequado e procedimentos estatísticos pertinentes. A questão que restava pendente acerca da aquisição de questionário foi resolvida pela remoção do instrumento citado, sem prejuízo à consecução dos objetivos de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos necessários conforme padrão estabelecido por este comitê.

Recomendações:

Projeto está adequado do ponto de vista dos aspectos éticos envolvidos na realização da pesquisa, sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto relevante e adequadamente elaborado, apto para ser executado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções CNS n° 466 de 2012, n° 510 de 2016 e Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_995648.pdf	25/10/2017 22:24:56		Aceito
Outros	CartaRespostaPendenciasWord.doc	25/10/2017 22:24:34	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito
Outros	CartaRespostaPendencias.pdf	25/10/2017 22:22:36	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.383.625

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoYOQAtualizado.pdf	25/10/2017 22:21:02	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito
Outros	CartaDeApresentacao.pdf	11/09/2017 20:05:23	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	11/09/2017 20:05:05	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito
Outros	QuestionarioDadosSociodemograficos.pdf	11/09/2017 19:34:50	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito
Outros	YOQPortugues.pdf	11/09/2017 19:31:35	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito
Outros	DocumentoUnificadoSipesq.pdf	11/09/2017 19:30:59	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito
Outros	CurriculoBrunaHolst.pdf	11/09/2017 19:30:37	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito
Outros	CurriculoCarolinaLisboa.pdf	11/09/2017 19:30:18	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/09/2017 19:29:51	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito
Outros	OrcamentodoProjeto.pdf	11/09/2017 19:29:26	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito
Cronograma	CronogramadoProjeto.pdf	11/09/2017 19:28:57	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito
Outros	CartadeAprovacaodaComissaoCientifica.pdf	11/09/2017 19:28:43	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito
Outros	CartaAutorizacaoPesquisaSAPP.pdf	11/09/2017 19:28:03	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito
Outros	CartaAutorizacaoPesquisaCEAPIA.pdf	11/09/2017 19:27:44	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito
Outros	CartaAutorizacaoPesquisaESIPP.pdf	11/09/2017 19:27:21	Carolina Saraiva de Macedo Lisboa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puccrs.br

Anexo B – Carta de aprovação da Comissão Científica da Escola de Humanidades da
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)



SIPESQ

Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 8008

Porto Alegre, 5 de setembro de 2017.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica da ESCOLA DE HUMANIDADES da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA YOUTH OUTCOME QUESTIONNAIRE - Y-OQ 2.01, VERSÃO PAIS E RESPONSÁVEIS LEGAIS, PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO". Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica da ESCOLA DE HUMANIDADES

Anexo C – Documento de aprovação de estudo com cooperação estrangeira



December 7, 2015

To Whom It May Concern:

OQ Measures, LLC grants permission to Dr. Andre Bastos, Ms. Bruna Holst and Dr. Carolina Lisboa (all from PUCRS) to design and perform studies with the OQ®-45.2 and the YOQ® 2.01 to translate the OQ®-45.2 and Y-OQ® 2.01 into the Brazilian Portuguese language. Once the translation has been approved, their names will be put on the translated copies and they will have free licenses to use the new translations.

The first studies would be the translation of the original English versions of the instruments to Brazilian Portuguese, and their adaptation for use in Brazil. Subsequently, we would like to use the new Brazilian version in clinical studies.

If you have any questions please direct them to me at either shari.rosefelt@oqmeasures.com or call me on my direct line 801.649.3334.

Regards,

Shari Rosefelt 12/8/2015

Shari Rosefelt
Customer Care Specialist
OQ Measures, LLC

P.O. Box 521047 - Salt Lake City, Utah 84152-1047
TEL: 1.888.647.2673 FAX: (801) 747.6900
Info@OQMeasures.com www.OQMeasures.com

Meu filho ou minha filha:

- 28) Acredita que outros estão tentando machucá-lo, mesmo que não estejam.....
- 29) Ameaça fugir ou já fugiu de casa.....
- 30) Apresenta emoções intensas e que mudam muito rápido.....
- 31) Infringe regras, leis e expectativas de propósito.....
- 32) Aparenta estar feliz consigo mesmo.....
- 33) Fica de mau humor, faz manha ou chora mais do que outras crianças/adolescentes da mesma idade.....
- 34) Se afasta da família e dos amigos.....
- 35) Reclama de dor de barriga ou sente-se enjoado mais do que outras crianças/adolescentes da mesma idade.....
- 36) Não tem ou não mantém amigos.....
- 37) Tem amigos que eu não aprovo.....
- 38) Acredita que outros podem ouvir seus próprios pensamentos, ou que ele pode ouvir os pensamentos dos outros.....
- 39) Tem comportamento sexual inapropriado (ex.: abusar sexualmente de outro membro da família ou de outras pessoas; exhibir-se; ser hiperativo sexualmente).....
- 40) Tem dificuldades de esperar por sua vez de participar em atividades e conversas.....
- 41) Pensa em suicídio ou diz que estaria melhor morto.....
- 42) Se queixa de pesadelos, dificuldade para pegar no sono, dormir demais ou acordar antes do pretendido.....
- 43) Reclama ou desafia regras, expectativas ou responsabilidades.....
- 44) Tem momentos de felicidade fora do normal ou energia em excesso.....
- 45) Lida de forma apropriada com tédio e frustração.....
- 46) Tem medo de enlouquecer.....
- 47) Sente culpa de forma adequada quando faz algo errado.....
- 48) Exige muita atenção de forma incoumum.....
- 49) É irritadiço.....
- 50) Vomita ou fica nauseado mais do que outras crianças/adolescentes da mesma idade.....
- 51) Fica irritado a ponto de ser um perigo para outras pessoas.....
- 52) Parece criar problemas intencionalmente quando está entediado.....
- 53) Aparenta ser otimista e esperançoso de forma adequada.....
- 54) Apresenta espasmos musculares ou movimentos involuntários na face, nos braços ou no corpo.....
- 55) Destruíu propriedade alheia propositalmente.....
- 56) Tem dificuldade para se concentrar, pensar claramente ou executar tarefas.....
- 57) Fala de forma negativa, como se todas as coisas ruins fossem sua culpa.....
- 58) Emagreceu de forma significativa sem razões médicas.....
- 59) Age impulsivamente, sem pensar nas consequências.....
- 60) Normalmente é calmo.....
- 61) Não se perdoa por seus erros passados.....
- 62) Não tem muita energia.....
- 63) Sente que não tem amigos, ou que ninguém gosta dele.....
- 64) Fica chateado facilmente, ou desiste de algo quando é frustrado.....

	Nunca ou quase nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Quase sempre ou sempre	ID	S	IR	SP	BD	CI
28)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
29)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
31)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
32)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
33)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
34)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
35)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
36)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
37)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
38)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
39)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
41)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
42)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
43)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
44)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
45)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
46)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
47)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
48)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
49)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
51)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
52)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
53)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
54)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
55)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
56)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
57)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
58)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
59)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
60)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
61)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
62)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
63)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Subtotais Desta Página											
Subtotais do Lado 1											
Totais de Subescala											
(Soma de Subtotais)											

TOTAL = _____

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo de seu filho(a) ou criança/adolescente sob sua responsabilidade: Masculino / Feminino

Ele(a) está atualmente fazendo ou iniciando psicoterapia? Sim / Não

Se *SIM*, a busca por psicoterapia foi por: Iniciativa do(a) paciente / Iniciativa dos pais/responsáveis

Indicação de profissional da saúde / Indicação da Escola

Se *SIM*, qual é o tempo de psicoterapia (preencher no caso de tratamento já em andamento): ____ anos e ____ meses

Se *NÃO*, ele(a) já fez psicoterapia anteriormente? Sim / Não Qual a duração da psicoterapia realizada anteriormente? _____

Idade de seu filho(a) ou criança/adolescente sob sua responsabilidade: _____ anos

Raça: _____

Quem está preenchendo este questionário? Mãe / Pai / Guardião ou responsável legal

Você é o principal cuidador da criança/adolescente? Sim / Não Se *NÃO*, quem é o principal cuidador? _____

Idade dos pais da criança/adolescente: Mãe _____ anos / Pai _____ anos

Estado civil da mãe: Solteira / Casada / União Estável / Divorciada/Separada / Viúva

Estado civil do pai: Solteiro / Casado / União Estável / Divorciado/Separado / Viúvo

Número de irmãos da criança/adolescente: _____

Escolaridade da criança/adolescente: Ensino Fundamental Incompleto / Ensino Fundamental Completo

Ensino Médio Incompleto / Ensino Médio Completo

A criança/adolescente faz uso de medicação psiquiátrica? Sim / Não Se *SIM*, escreva qual: _____

Está satisfeito com a instituição onde está ocorrendo a psicoterapia? Sim / Não / Não se aplica (criança/adolescente não está em tratamento)

Anexo F – Comprovante de aceite do artigo *Systematic review on the use and description of measures to evaluate psychotherapeutic interventions with children and adolescents in Brazil*

ScholarOne Manuscripts

21/06/18 22:47

Trends in Psychiatry and Psychotherapy

Decision Letter (TRENDS-2017-0067.R2)

From: ivescp1@gmail.com

To: carolina.lisboa@puocrs.br

CC:

Subject: Trends in Psychiatry and Psychotherapy - Decision on Manuscript ID TRENDS-2017-0067.R2

Body: 28-Mar-2018

Dear Prof. Lisboa:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Systematic review on the use and description of measures to evaluate psychotherapeutic interventions with children and adolescents in Brazil" in its current form for publication in the Trends in Psychiatry and Psychotherapy. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Trends in Psychiatry and Psychotherapy, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Dr. Ives Passos
Associate Editor, Trends in Psychiatry and Psychotherapy
ivescp1@gmail.com

Entire Scoresheet:
Reviewer: 1

Recommendation: Accept

Comments:
(There are no comments.)

Additional Questions:

Does the manuscript contain new and significant information to justify publication?: Yes

Does the Abstract (Summary) clearly and accurately describe the content of the article?: Yes

Is the problem significant and concisely stated?: Yes

Are the methods described comprehensively?: Yes

Are the interpretations and conclusions justified by the results?: Yes

Is adequate reference made to other work in the field?: Yes

Is the language acceptable?: Yes

Please rate the priority for publishing this article (1 is the highest priority, 10 is the lowest priority): 5

Length of article is: Adequate

Number of tables is: Adequate

Number of figures is: Adequate

Please state any conflict(s) of interest that you have in relation to the review of this paper (state "none" if this is not applicable).: NONE

Rating:

Interest: 3. Average

Anexo G – Comprovante de submissão do artigo *Psicoterapia com crianças e adolescentes: Evidências de validade do Y-OQ 2.01 para o Português brasileiro*

De: Isabel Fortes noreply.ojs@scielo.org
Assunto: [pc] Agradecimento pela Submissão
Data: 18 de fevereiro de 2019 17:07
Para: Bruna Holst bruholst@gmail.com

Bruna Holst,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Children and adolescents' psychotherapy: Evidences of validity of the Brazilian Portuguese Youth Outcome Questionnaire 2.01" para *Psicologia Clínica*. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/pc/author/submission/17725>

Login: bruholst

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Isabel Fortes
Psicologia Clínica

Prof^a Isabel Fortes
Editora da Revista *Psicologia Clínica*
<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/pc>