



Andreia Fernandes Azevedo

O PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARENTAL ‘ANOS INCRÍVEIS’: EFICÁCIA NUMA AMOSTRA DE CRIANÇAS PORTUGUESAS DE IDADE PRÉ-ESCOLAR COM COMPORTAMENTOS DE PH/DA

Dissertação de Doutoramento na área científica de Psicologia, especialidade de Psicologia Clínica, orientada pela Professora Doutora Maria João Seabra Santos e pela Professora Doutora Maria Filomena Gaspar e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Título: O Programa de Intervenção Parental ‘Anos Incríveis’: Eficácia numa amostra de crianças portuguesas de idade pré-escolar com comportamentos de PH/DA

Autor: Andreia Fernandes Azevedo

Orientação científica: Professora Doutora Maria João Seabra Santos e Professora Doutora Maria Filomena Gaspar

Domínio científico: Psicologia – Psicologia Clínica

Instituição científica: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Imagem da Capa: Luís Azevedo **Design da Capa:** IA.production



Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

O Programa de Intervenção Parental ‘Anos Incríveis’:

Eficácia numa Amostra de Crianças Portuguesas de Idade Pré-escolar com Comportamentos de PH/DA

Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia
e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação da
Professora Doutora Maria João Seabra Santos e da Professora Doutora Maria Filomena Gaspar

Andreia Fernandes Azevedo

Setembro de 2013

Este trabalho foi elaborado com o apoio da Fundação para a Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência e do Ensino Superior através de uma Bolsa de Doutoramento com a referência SFRH/BD/40339/2007 e do Projeto de Investigação *“Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: Eficácia de programas parentais e escolares”* (PTDC/PSI-PED/102556/2008), também financiado pelo Programa Compete-Feder.

Aos meus principais “cuidadores”

À Alice pelo sorriso e pela lembrança constante do sentido da vida

As mães ...

“Sentam-se e estão ali num silêncio demorado e apressado,

vendo tudo,

e queimando as imagens

enquanto o amor é cada vez mais forte”

(Herberto Hélder, *Rosa do Mundo*, 2001, p.1968)

Agradecimentos

Até aqui, nos últimos anos, viveu-se uma viagem “incrível” construída a par e passo com inúmeras pessoas. Sem elas não teria sido possível chegar aqui.

O meu primeiro e profundo agradecimento é dirigido às orientadoras científicas deste trabalho, a Professora Doutora Maria João Seabra Santos e a Professora Doutora Maria Filomena Gaspar, modelos genuínos dos princípios dos *Anos Incríveis*, que de diferentes formas e com elevado rigor científico e espírito positivo, apoiaram incansavelmente todo o processo até a esta “estação”. Foi para mim um enorme privilégio e “janela de aprendizagem” todo o percurso conjunto desenvolvido nos últimos 5 anos, que espero possa continuar, de alguma forma, por outras “estações”.

O meu segundo agradecimento, vai para a Tatiana, companheira desta “viagem”, que por diversas vezes me lembrou de colocar os “óculos-cor-de-rosa”, e me ensinou sobre organização, flexibilidade e outras formas de fazer as coisas. Será sempre uma pessoa importante e “incrível” em outras “estações” e em “outras viagens”.

À Mariana e à Sara, outras duas “incríveis”, agradeço a disponibilidade e dedicação constantes. Foram duas pessoas fundamentais que contribuíram de muitas e diversas maneiras para que tudo isto acontecesse. Sem a Mariana, a sua calma e sentido prático, o final teria sido mais demorado.

Um sentido obrigada à Vânia, ao João (facilitadores de grupos “incríveis”) que deram corpo à amostra do Porto e que, tal como a Margarida, e a Cláudia em Coimbra, abraçaram com energia e entusiasmo a “camisola” dos *Anos incríveis*.

Agradeço à Doutora Mariana Moura Ramos, que me ajudou a refletir em momentos críticos, e a elevar a qualidade metodológica e científica deste estudo.

Agradeço, obviamente, à autora do programa, a Professora Carolyn Webster-Stratton, fonte de inspiração pelo seu trabalho e pela sua capacidade de confluir num único programa diferentes influências teóricas, que de forma harmónica, se inter cruzam num processo único, dinâmico e colaborativo. Julgo ser este processo, a pedra de toque da filosofia dos *Anos Incríveis*, aquilo lhe confere intemporalidade e universalidade, sobretudo pela sua capacidade de se adaptar a diferentes famílias, em diferentes locais. O “essencial” é muitas vezes “invisível aos olhos” (A. Saint-Exupéry), sobretudo quando temos uma criança “mais” impulsiva e agitada, que coloca desafios acrescidos à parentalidade e “ameaça” a estabilidade das relações pais-filhos. Este programa devolve aos pais o “essencial”, aquilo que está lá, mas parece não estar.

Agradeço também aos consultores científicos do projeto, onde esta dissertação se insere, nomeadamente: à Professora Judy Hutchings, pela vasta experiência com os AI e por todas as hipóteses de aprendizagem; à Doutora Jamila Reid que generosamente nos acolheu na *Parenting Clinic* em Seattle, pela partilha da sua experiência na investigação com o programa na hiperatividade; à Dra

Caroline White, pelo humor e genuíno entusiasmo com os Anos Incríveis e pelo acompanhamento nas diversas etapas do meu processo de formação.

A todas as pessoas que divulgaram este estudo, todas sem exceção (a maior parte não mencionadas aqui), em especial ao Dr. Luís Januário, ao Dr. José Boavida, à Dra. Susana Nogueira, ao Dr. Luís Borges e a outra “incrível,” a Dra. Vera Vale.

A todos os outros facilitadores de grupos, entre eles a Dra. Belmira Marques e a Dra. Carla Lança, voluntários, e *baby-sitters*. agradeço o envolvimento e dedicação, que permitiram a realização dos grupos de pais. À FCT e à FPCE-UC, pelo suporte financeiro e logístico.

À equipa do Psikontacto que aceitou e cuidou da minha ausência, em especial aos meus queridos colegas sócios.

A outras pessoas que foram cruciais para a minha prática clínica e para o meu percurso na investigação, exemplos do mais alto profissionalismo e que de forma indireta também contribuíram para que esta “viagem” acontecesse, como a Professora Doutora Maria do Céu Salvador, o Professor Doutor Mário Simões e o Professor Doutor Pedro Nobre.

A outros amigos que fizeram toda a diferença, pela coragem, determinação e “olhar atento”, como a Maria da Piedade; pelo carinho, como a Filipa; pelo suporte e incentivo, como a Marta, a Carla, o Miguel, que me ajudaram em diferentes situações de “ser mãe”.

Também à minha *família*, por toda a compreensão nas ausências, pelo suporte, carinho e por acreditarem. Em especial à minha mãe e à minha filha. A primeira pelo tempo que dedicou a esta causa, à segunda que me tem ensinado “sobre ser mãe”, reforçando a minha capacidade de empatia e compreensão para com outros pais, por ter sido paciente nas esperas e verdadeira fonte de inspiração. Ela foi e é uma bebé “incrível”. Obrigada também à Sofia e ao Lucas por toda a disponibilidade no último minuto e pela imagem da capa. Outro agradecimento sincero à minha madrinha e à família Gomes Moreira que tornaram possíveis os últimos dois verões, tal como eles foram.

Às outras duas famílias que se juntaram na minha vida, a família Ramirez Pessanha e a família Franklim Marques, pelo suporte, determinação e valores.

Ao Luís(es), companheiro desta “viagem” e de muitas outras, encorajador e otimista, lembrando-me constantemente o que já tinha feito e onde ia. Foi e é um pai “incrível”, muitas vezes, nos últimos tempos, pai a 100%.

Por último, a todos os pais e crianças que aceitaram este desafio de “sair da ilha para ver a ilha, não nos vemos se não saímos de nós” como escreveu Saramago, e fizeram parte de um grupo de pais durante 14 semanas consecutivas e, por conseguinte, se desafiaram na tarefa incrível de ser mãe ou pai. Obrigada pelo envolvimento, partilha e persistência. Agradeço aos educadores de infância, aliados imprescindíveis dos pais, que tiraram do seu “curto” tempo ainda mais tempo para preencher questionários e que se preocuparam com os seus alunos. A todas as crianças que fizeram parte deste estudo e coloriram esta “viagem”, que “cresceram” e sobretudo “que me possibilitaram crescer” nos mais diferentes domínios do ser.

Aos presentes, aos ausentes, o meu sentido obrigada. A vida é mais fácil quando temos uma boa rede de suporte. Espero “não ter perdido o essencial” e que este trabalho possa continuar a parar em diferentes “estações humanizadas” da prática clínica e da investigação.

“O possível é o futuro do impossível” (José Luís Peixoto)

“E, à semelhança de uma casa que se constrói, é da qualidade dos alicerces que toda a estrutura vai depender (...) a qualidade emocional nos primeiros anos será sempre uma base segura à qual nos podemos referenciar (...) é o maior legado que os pais podem deixar às suas crianças. Um tesouro, uma marca indelével, que servirá para enriquecer todo o futuro que se espera longo e bem vivido” (Pedro Strecht, Interiores, 2001, p. 39)

“Parents who are consistent, self-confident, and affectionate raise socially competent children”

(Reid et al., 2003, p. 472)

Índice

- 4 | Índice de Quadros
- 6 | Índice de Figuras
- 9 | Lista de abreviaturas
- 11 | Resumo
- 13 | Abstract
- 15 | Introdução

PARTE I: Enquadramento Teórico**Capítulo 1**

A perturbação de hiperatividade/défice de atenção em idade pré-escolar: Especificidades e desafios ao diagnóstico e intervenção

35| Resumo

37| Introdução

38| 1.1 A Perspetiva da Perturbação Mental: A PH/DA

44| 1.2 A Perspetiva da Psicopatologia do Desenvolvimento: Do Risco à Perturbação

47| 1.3 Implicações Clínicas e Desafios Futuros

51| Referências Bibliográficas

Capítulo 2

Intervenção Parental em Crianças Pré-escolares com sintomas de PH/DA: O Exemplo Específico do Programa Básico para Pais Anos Incríveis

63| 2.1 Intervenções Parentais na PH/DA em idade pré-escolar

74| 2.2 O Programa Básico para Pais Anos Incríveis (AI-Básico)

91| 2.3 O Programa Anos Incríveis Básico (AI-Básico) para Pais em Portugal

97| 2.4 Porquê Avaliar a Eficácia do Programa Anos Incríveis numa Amostra de Crianças Pré-escolares em Risco de PH/DA? Racional para a Utilização do Programa

104| Referências Bibliográficas

PARTE II: Aspetos Metodológicos Gerais**Capítulo 3**

Aspetos Metodológicos Gerais

121| 3.1 Objetivos Gerais do Estudo

123| 3.2 Hipóteses

125| 3.3 Seleção da Amostra

128|	3.4 Instrumentos de Avaliação
138|	3.5 Procedimentos
142|	3.6 Análise Estatística dos Dados
145|	Referências Bibliográficas

PARTE III: Estudos Empíricos

Capítulo 4

Estudo Empírico I. The Incredible Years Basic Parent Training for Portuguese Preschoolers with AD/HD Behaviors: Does it Make a Difference?

159|	Abstract
160|	Introduction
163|	Methods
171|	Parent Program Intervention: The Incredible Years Basic Parent Training
172|	Data Analysis
173|	Results
178|	Discussion
183|	References

Capítulo 5

Estudo Empírico II. A Parent-Based Intervention Programme Involving Preschoolers with AD/HD Behaviours: Are Children's and Mothers' Effects Sustained over Time?

195|	Abstract
196|	Introduction
197|	The Incredible Years basic parent training
197|	IY: research in Portugal
198|	Methods
205|	Results
210|	Discussion
215|	References

Capítulo 6

Estudo Empírico III. Do Portuguese Preschoolers with High Hyperactivity Behaviors Make More Progress than those with Low Hyperactivity after Parental Intervention?

225|	Abstract
226|	Introduction
228|	Methods
231|	Intervention: Brief protocol description
232|	Statistical Analysis

232|	Results
236|	Discussion
241|	References

PARTE IV: Discussão Final

Capítulo 7

	Discussão Final: Principais Resultados, Conclusões e Implicações
253|	7.1 Síntese dos Principais Resultados
257|	7.2 Discussão Integrada dos Principais Resultados
270|	7.3 Aspetos Positivos e Principais Contributos do Estudo
273|	7.4 Limitações: Aspetos a Considerar na Interpretação dos Resultados e em Estudos Futuros
278|	7.5 Desafios Futuros: Implicações para a Investigação e a Clínica
290|	Referências Bibliográficas

Anexos

305|	Anexo A. Exemplo de folha de “Princípios” elaborada no decurso de uma sessão AI
309|	Anexo B. Questionário de Avaliação Semanal para pais
313|	Anexo C. Exemplos de itens do Questionário de Avaliação Final do Programa para pais
317|	Anexo D. Exemplos de itens do Questionário de Autoavaliação para o facilitador
321|	Anexo E. Exemplo de um Inventário de Objetivos da Sessão para o facilitador
325|	Anexo F. Informação adicional relativa aos Instrumentos utilizados na investigação
343|	Anexo G. Exemplos dos primeiros itens dos Instrumentos de Avaliação utilizados
353|	Anexo H. Formulário de Consentimento Informado
357|	Anexo I. Exemplo de um dos folhetos informativos para Educadores de Infância e Técnicos de Saúde
361|	Anexo J. Objetivos específicos do Programa: exemplos de duas sessões
365|	Anexo K. Resultados na subescala de Hiperatividade do SDQ na linha de base
369|	Anexo L. Resultados na subescala Excesso de Atividade/Desatenção do PKBS-2 na linha de base
373|	Anexo M. Dados do Questionário de Satisfação Final
379|	Anexo N. Dados de comparação grupo referenciado pela clínica vs comunidade
383|	Anexo O. Gráficos referentes aos efeitos a curto-prazo
387|	Anexo P. Gráficos referentes aos efeitos a médio-prazo
391|	Anexo Q. Gráficos referentes aos resultados da Intervenção de acordo com a Severidade dos Comportamentos de Hiperatividade na Linha de Base
395|	Anexo R. Número e percentagem de participantes em função do número de sessões frequentadas
399|	Anexo S. Dados do Questionário de Satisfação Semanal

Índice de Quadros

Quadros da Parte I: Enquadramento Teórico (Capítulo 1 e Capítulo 2)

- 47| **Quadro 1.** Áreas a avaliar em idade pré-escolar (fatores de risco/indicadores precoces de PH/DA) e exemplos de instrumentos
- 49| **Quadro 2.** Resumo das principais evidências científicas sobre a PH/DA em idade pré-escolar vs diretrizes práticas de atuação
- 71| **Quadro 3.** Exemplos de estudos controlados com programas de intervenção parental em amostras de crianças de idade pré-escolar com sintomas de PH/DA
- 79| **Quadro 4.** Conteúdos, objetivos gerais e específicos do Programa Básico para Pais *Anos Incríveis*
- 93| **Quadro 5.** Estudos com o Programa Básico para Pais *Anos Incríveis* em Portugal
- 98| **Quadro 6.** Estudos com o programa para pais *Anos Incríveis* em amostras de pré-escolares com sintomas de PH/DA

Quadros da Parte II: Aspetos Metodológicos Gerais (Capítulo 3)

- 122| **Quadro 7.** Relação entre os objetivos da investigação e os estudos empíricos
- 129| **Quadro 8.** Principais características dos instrumentos utilizados
- 136| **Quadro 9.** Momentos, dimensões e instrumentos de avaliação do estudo

Quadros da Parte III: Estudos Empíricos (Capítulo 4, 5 e 6)

Estudo I

- 166| **Table 1.** Participants' socio-demographic characteristics
- 174| **Table 2.** Group X Time interaction effects (children outcomes)
- 176| **Table 3.** Group X Time interaction effects (parental outcomes)

Estudo II

- 201| **Table 1.** Sample characteristics at baseline for the intervention condition (IYG)
- 208| **Table 2.** Differences from baseline to follow-up and from post-intervention assessment to follow-up assessment in the intervention condition: children outcome measures
- 209| **Table 3.** Differences from baseline to follow-up and from post-intervention assessment to follow-up assessment in the intervention condition: parent outcome measures

Estudo III

- 229| **Table 1.** Baseline characteristics for participants in Low and High Hyperactivity groups
- 233| **Table 2.** Change in outcome measures from baseline to follow-up in the High and Low hyperactivity behaviors subgroups: means, standard deviations and *ps*
- 235| **Table 3.** Mothers' satisfaction with the program's methods: mean ratings of ease and usefulness of methods and percentage of higher ratings

236| **Table 4.** Mothers' satisfaction with parenting strategies: mean ratings of ease and usefulness of strategies and percentage of higher ratings

Quadros da Secção Anexos

367| **Quadro K1.** Média, desvio-padrão na subescala de Hiperatividade do SDQ

367| **Quadro K2.** Frequência e Percentagem de resultados na subescala de Hiperatividade do SDQ

371| **Quadro L1.** Média, desvio-padrão na subescala Excesso de Atividade/Desatenção do PKBS-2

371| **Quadro L2.** Frequência e percentagem dos resultados na subescala Excesso de Atividade/Desatenção do PKBS-2

375| **Quadro M1.** Média de satisfação final das participantes com os diferentes aspectos do Programa

376| **Quadro M2.** Percentagem de satisfação das participantes com o Programa em Geral de acordo com o Questionário de Satisfação Final

376| **Quadro M3.** Percentagem de respostas das participantes à questão aberta "O que lhe agradou menos neste Programa?"

377| **Quadro M4.** Percentagem de respostas das participantes à questão aberta "Como poderia o Programa ser melhorado para o ajudar mais?"

377| **Quadro M5.** Percentagem de respostas das participantes à questão aberta "Qual é para si o maior benefício que retirou da sua participação no programa?"

381| **Quadro N1.** Médias, desvios-padrões em duas variáveis de hiperatividade na linha de base dos participantes referenciados pela clínica vs comunidade

397| **Quadro R1.** Número e percentagem de sessões frequentadas pelas participantes

401| **Quadro S1.** Média de satisfação das participantes com os diferentes componentes do programa ao longo das 14 sessões

Índice de Figuras

Figuras da Parte I: Enquadramento Teórico (Capítulo 2)

75| **Figura 1.** A série de Programas *Anos Incríveis*

78| **Figura 2.** Pirâmide do Programa Parental™

83| **Figura 3.** Os principais métodos utilizados no Programa *Anos Incríveis* Básico

Figuras da Parte II: Aspetos Metodológicos Gerais (Capítulo 3)

127| **Figura 4.** Fluxograma da amostra

Figuras da Parte III: Estudos Empíricos (Capítulo 4, 5 e 6)

Estudo I

164| **Figure 1.** Flowchart of participants

Estudo II

199| **Figure 1.** Participants' flowchart

Figuras da Secção Anexos

375| **Figura M1.** Satisfação das participantes com diferentes aspetos do programa de acordo com o Questionário de Satisfação Final

385| **Figura O1.** Efeitos a curto-prazo nos comportamentos de PH/DA (WWPAS) para os grupos de intervenção e lista de espera

385| **Figura O2.** Efeitos a curto-prazo na parentalidade positiva (DPICS) para os grupos de intervenção e lista de espera

389| **Figura P1.** Efeitos da intervenção a médio-prazo nos comportamentos de PH/DA (WWPAS) desde a linha de base à avaliação *follow-up* 12 meses

389| **Figura P2.** Efeitos da intervenção a médio-prazo nos comportamentos de PH/DA (PACS) desde a linha de base à avaliação *follow-up* 12 meses

390| **Figura P3.** Efeitos da intervenção a médio-prazo na parentalidade positiva (DPICS) desde a linha de base à avaliação *follow-up* 12 meses

390| **Figura P4.** Efeitos de intervenção a médio-prazo nas práticas parentais disfuncionais (PS) da linha de base à avaliação *follow-up* 12 meses

393| **Figura Q1.** Quantidade de mudança nos comportamentos de PH/DA da avaliação pré-intervenção para o *follow-up* 12 meses nos subgrupos de crianças com níveis elevados e baixos de hiperatividade na linha de base

393| **Figura Q2.** Quantidade de mudança nas práticas parentais de sobrerreatividade da avaliação pré-intervenção para o *follow-up* 12 meses nos subgrupos de crianças com níveis elevados e baixos de hiperatividade na linha de base

401| **Figura S1.** Satisfação das participantes com os diferentes componentes do programa de acordo com o Questionário de Satisfação Semanal

Lista de abreviaturas principais

AACAP - Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência
AAP - American Academy of Pediatrics
AARS - Escala de Avaliação da PH/DA em Adultos
AI ou IY - Programas Anos Incríveis
AI-Básico – Programa Básico para pais Anos Incríveis
ANOVA - Analysis of variance
APA - American Psychiatric Association or American Psychological Association
BANC - Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra
BDI - Inventário da Depressão de Beck
BL - Baseline
CBCL - Inventário de Comportamento da Criança
CD - Comportamentos desviantes
CONSORT - CONSolidated Standards of Reporting Trials
COPE - Community Parent Education
CP – Críticas e ordens
CPS - Comportamentos pró-sociais
DPICS - Sistema de Codificação das Interações Mãe/Pai-Criança
DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
EFFIC - Subescala eficácia
ES - Effect sizes
FU - Follow-up
GC ou WLC - Grupo de controlo ou lista de espera
GE ou IYC - Grupo experimental ou de intervenção
GLM - General Linear Model
HYP – Subescala de hiperatividade
ICC - Correlação intraclasse
INE – Instituto Nacional de Estatística
INNAT - Subescala desatenção
IP ou PT - Intervenção parental
ITT - Intention-to-treat
JI - Jardim de infância
LAX - Subescala laxismo
MTA - Multimodal Treatment Study of Children with ADHD

NFPP - New Forest Parenting Programme
NICE – National Institute for Health and Care Excellence
NREPP - National Registry of Evidence-Based Programs and Practices
NSE ou SES - Nível socioeconómico
O/A - Subescala oposição/explosivo
O/I - Subescala excesso de atividade/desatenção
OJJDP - Office of Juvenile Justice and Delinquency
OMS - Organização Mundial de Saúde
OVER - Subescala sobrerreatividade
PACS - Guião de Entrevista semiestruturada Parental Account of Children's Symptoms
PACS-HYP – Escala de hiperatividade da PACS
PAPA - Preschool Age Psychiatric Assessment
PATS - Preschool ADHD Treatment Study
PC ou CP - Problemas de comportamento (oposição/desafio)
PCIT - Parent Child Interaction Therapy
PH/DA ou AD/HD - Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção
PKBS-2 ou ECIP/2 - Escala de Comportamento para a Idade Pré-Escolar-2
PO - Perturbação de Oposição e Desafio
PP - Parentalidade positiva
PS - Escala de Estilos Parentais
PSI - Escala de Stresse de Vida do Índice de Stresse Parental
PSOC - Escala de Sentido de Competência Parental
RCT - Randomized clinical trial
SAT - Subescala satisfação
SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
SS - Escala de aptidões sociais
SSg - Sessão de seguimento
T1 - Avaliação pré-intervenção, tempo 1
T2 - Avaliação pós-intervenção, tempo 2
T1 - Avaliação *follow-up* 12 meses, tempo 3
Triple-P - Positive Parenting Programme
VERB - Subescala verbosidade
WPPSI-R - Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-escolar e Primária – Edição
Revista
WWPAS - Escala de Atividade Werry-Weiss-Peters

Resumo

Enquadramento: Os problemas de comportamento, entre eles a hiperatividade, podem estar presentes tão cedo como em idade pré-escolar e são cada vez mais identificados nesta faixa etária. A investigação nesta área tem demonstrado que a intervenção precoce, antes de estarem presentes efeitos secundários negativos, é eficaz, podendo contribuir para prevenir ou atenuar as trajetórias desenvolvimentais desviantes da PH/DA. As intervenções psicossociais, que incluem programas para pais, são recomendadas como intervenções de “primeira linha”. Este estudo tem como principal objetivo avaliar a eficácia de um programa de intervenção parental, o Programa *Anos Incríveis* Básico, numa amostra de mães e de crianças portuguesas em idade pré-escolar, em risco de vir a desenvolver hiperatividade. Procura-se, também, avaliar a manutenção dos efeitos a médio prazo e analisar as diferenças na mudança, de acordo com o nível inicial de comportamentos de hiperatividade. Partindo de uma perspetiva desenvolvimental, o programa selecionado (baseado em evidência) atua simultaneamente nos fatores protetores e de risco, através do foco no sistema parental (em práticas parentais eficazes e na interação mãe-criança).

Metodologia: Participaram neste estudo 100 crianças, entre os 3 e os 6 anos de idade, de contextos clínicos ou da comunidade. Estas crianças faziam parte da amostra mais alargada de um estudo experimental. Na subamostra usada para a presente investigação, 52 crianças pertenciam ao grupo experimental e 48 ao grupo de controlo/lista de espera. Este estudo longitudinal contemplou três momentos de avaliação. Assim, todas as crianças e mães ($N = 100$) foram avaliadas em dois momentos, antes e 6 meses após a linha de base. Apenas as famílias do grupo experimental ($n = 52$) foram avaliadas no terceiro momento de avaliação, aos 12 meses após a linha de base, uma vez que ao grupo de controlo foi oferecida intervenção depois da segunda avaliação, por questões éticas. Para além dos dados sociodemográficos e clínicos iniciais, a avaliação realizada incluiu multi-informadores (pais, educadores de infância, avaliador independente), multimétodos (medidas de autorrelato e heterorrelato, entrevista, observação direta) e diferentes dimensões: comportamentos de hiperatividade da criança (resultados primários); sentido de competência parental, práticas parentais, interação pais-filhos (resultados secundários); assim como medidas de satisfação dos participantes. O programa foi implementado ao longo de 14 sessões com uma duração aproximada de 2 horas cada, em grupos de 9 a 12 pais, dinamizadas por dois facilitadores com formação específica no programa e experiência prévia na sua aplicação.

Resultados: Em relação aos nossos objetivos, salientamos como principais resultados: i. Aos 6 meses de *follow-up*, de acordo com a perceção das mães e educadoras de infância, verificou-se uma diminuição significativa dos comportamentos de PH/DA nas crianças cujos pais receberam

intervenção, em comparação com as crianças da lista de espera. As mães dessas crianças perceberam-se como mais competentes, reportaram menos práticas parentais disfuncionais e demonstraram mais competências parentais positivas e de *coaching*, numa tarefa de observação da interação mãe-criança; ii. Aos 12 meses de *follow-up*, os efeitos de intervenção anteriormente detetados foram mantidos. No entanto, as competências de *coaching* das mães esbateram-se, enquanto os comportamentos de hiperatividade, avaliados através de uma entrevista, continuaram a diminuir; iii. Ambos os subgrupos de crianças com nível inicial de comportamentos de hiperatividade diferentes mudaram. Porém, no subgrupo com um nível mais elevado de comportamentos de hiperatividade na linha de base, verificou-se uma mudança mais acentuada (em sentido positivo) nos problemas relacionados com o excesso de atividade/desatenção, nas práticas parentais disfuncionais de sobrereatividade e no humor das mães. Contudo, algumas destas crianças continuaram a ser percebidas pelas mães com comportamentos característicos de hiperatividade, no *follow-up* 12 meses; iv. Os efeitos de magnitude média a elevada detetados entre o pré e o pós-intervenção, e elevados entre o pré e o *follow-up* 12 meses, foram acompanhados de mudanças clínicas consideradas relevantes: 43% das crianças que receberam o programa manifestaram uma redução igual ou superior a 30% dos resultados iniciais de hiperatividade, comparativamente a 11% das crianças na lista de espera. Aos 12 meses de *follow-up*, a percentagem de crianças que apresentaram esta redução, considerada clinicamente relevante, aumentou ligeiramente (59% das crianças); iv. As mães revelaram elevada adesão, satisfação e aceitação, face ao programa AI-Básico.

Conclusões: Os resultados da nossa investigação são promissores e sugestivos de efeitos positivos do Programa *Anos Incríveis* a curto e a médio-prazo: na redução de comportamentos característicos de PH/DA das crianças em contexto familiar e escolar; numa melhoria significativa das práticas parentais positivas e dos sentimentos de competência parental; e numa redução das práticas parentais disfuncionais. Por conseguinte, estes resultados sugerem, de forma preliminar, que o Programa, implementado ao longo de 14 semanas como modalidade única de uma intervenção preventiva, parece ser eficaz e fazer a diferença nos comportamentos das mães e das crianças. Uma “ferramenta” de intervenção precoce, validada internacionalmente e testada no nosso país, disponível para os profissionais portugueses, passa a constituir-se como uma opção de intervenção precoce a considerar na definição futura de políticas de intervenção preventiva nacionais. No final deste trabalho, apresentamos as principais limitações da investigação realizada e as implicações decorrentes da mesma para estudos futuros e para a prática clínica.

Palavras-chave: Intervenção parental, Programa *Anos Incríveis* Básico para pais, estudo longitudinal, idade pré-escolar, comportamentos de hiperatividade, intervenção precoce

Abstract

Background: Behavioural problems, including hyperactivity, may be manifested very early on and are increasingly being identified at pre-school age. Research in this field has demonstrated that early intervention (i.e. before negative secondary effects set in) is effective and can help prevent or attenuate the deviant developmental trajectories of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD). Psychosocial interventions, including parent training programmes are strongly recommended as “first-line” interventions. The main aim of this study is to assess the effectiveness of a parental intervention, the Incredible Years Basic Programme, in a sample of portuguese pre-school age children at risk of developing hyperactivity and their mothers. It also seeks to assess the extent to which these effects were maintained in the medium term and to analyse the differences in the change in accordance with the child’s initial hyperactivity level. Starting from a developmental perspective, the selected programme (which is evidence-based) acts simultaneously on protective and risk factors by focusing on the parental system (effective parenting practices and the mother-child interaction).

Methodology: One hundred children aged 3 to 6 years of age participated in this study, having come from different clinical or community contexts. These children formed part of a broader experimental study. In this subsample, 52 children were from the experimental group and 48 from the waiting-list group. This longitudinal study involved assessments in three different times. All children and mothers ($N = 100$) were assessed twice, before baseline and 6 months after it, while only the families from the experimental group ($n = 52$) were assessed a third time, 12 months after baseline (this was because the control group was offered the intervention after the second assessment for ethical reasons). In addition to the initial socio-demographic and clinical data, the assessment included multiple informers (parents, pre-school teachers, independent assessors), multiple methods (self-report and reported measures of children’s behaviour, interview, direct observation) and different dimensions (child hyperactivity behaviour [primary results]; parental sense of competence and parental practices, parent-child interaction [secondary results]) and participant-satisfaction measures. The programme was implemented over 14 sessions lasting approximately 2 hours each in groups of 9 to 12 parents, led by two facilitators with specific training in the programme and prior experience of applying it.

Results: With regard to our objectives, the main results were as follows: i. At 6-month follow-up, in accordance with the perception of mothers and pre-school teachers, there was a significant reduction in AD/HD behaviours amongst the children whose parents had received the intervention compared to the children on the waiting list. The mothers of those children perceived themselves to be more competent, reported fewer dysfunctional parenting practices,

and demonstrated more positive parenting practices and coaching skills in a mother-child interaction observation task; ii. At 12 months follow-up, the previously detected effects of the intervention were maintained. However, the mothers' coaching skills had waned, while the hyperactivity behaviours as assessed through an interview, continued to drop; iii. Both subgroups of children (with different hyperactivity levels at the baseline) changed. However, the change was more marked (positively) in the subgroup with the highest level of hyperactivity behaviour at baseline as regards problems related to hyperactivity/attention deficit, dysfunctional parental practices of overreactivity and mothers' mood. Despite this, some of these children continued to be perceived by their mothers as displaying characteristic hyperactivity behaviours at the 12-month follow-up; iv. The medium- and large- intervention effects detected between pre- and post-intervention, and the large effects between pre-intervention and 12-month follow-up were accompanied by clinical changes considered to be important: 43% of children that received the programme showed a reduction of 30% or more with relation to their initial hyperactivity results, compared to 11% of children on the waiting list. At 12 months' follow-up the percentage of children who displayed such a reduction (considered clinically significant) increased slightly (59% of children); v. The attendance rates amongst mothers was high, and they also revealed high satisfaction with the programme and acceptance of it.

Conclusions: The results of our study are promising, suggesting that the Incredible Years Programme brings positive effects in the short and medium term in the following dimensions: reduction of AD/HD behaviours in children at home and at school context; significant improvement in positive parenting practices and parental sense of competence; and a reduction of dysfunctional parenting practices. Consequently, these results suggest that, if the programme is implemented over 14 weeks as a single form of preventive intervention, like it was in this study, it may make an effective difference to the behaviour of mothers and their children. Thus, this early-intervention tool (which has been internationally validated and tested in Portugal and is available for Portuguese professionals) becomes a valid early-intervention option to be considered when defining future national preventive intervention policies. At the end of this study, we present the main limitations of the research and its implications for future studies and clinical practice.

Keywords: Parental intervention, *Incredible Years* Basic Parenting Programme, longitudinal study, pre-school age, hyperactivity behaviours, early intervention.

Introdução

A idade pré-escolar caracteriza-se por ser um período exponencial de desenvolvimento e mudança nos domínios social, emocional, comportamental e cognitivo. Apesar da variabilidade que lhe é característica (Brotman & Gouley, 2008), entre 10 a 20% das crianças revelam problemas emocionais e comportamentais (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2001) que se distinguem dos comportamentos característicos desta fase pela sua frequência, severidade e interferência em diferentes áreas do funcionamento da criança (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Egger & Angold, 2006). Estas dificuldades precoces podem ser persistentes ao longo do desenvolvimento e estão associadas a risco acrescido, no futuro, de problemas emocionais, académicos e relacionais (e.g., Campbell, Pierce, March, Ewing, & Szumowski, 1994; Webster-Stratton, Reid, Hammond, 2001), que muitas vezes se traduzem em sobrecargas adicionais, sociais e económicas, para a família, sociedade e estado (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008). Um dos problemas mais comuns na infância é a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PH/DA¹; *American Psychiatric Association* [APA], 2013). Estima-se, em geral, uma prevalência mundial na ordem dos 5% (Polanczyk, Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). Os sintomas podem ocorrer cedo, por volta dos 3 ou 4 anos (Lavigne et al., 1996), ou mesmo muito cedo como aos 2 anos de idade (Egger & Angold, 2006), sendo uma das principais causas de encaminhamento para os serviços de saúde mental, em idade pré-escolar (Gadow, Sprafkin, & Nolan, 2001; Wilens et al., 2002).

A idade pré-escolar constitui, reconhecidamente, um momento crítico para a identificação e intervenção precoces, durante o qual a intervenção pode ser mais eficaz do que em idade escolar (Pelham, Chacko & Wymbs, 2004), antes de os problemas se tornarem mais difíceis de tratar, e pode, dessa forma, contribuir para uma trajetória desenvolvimental mais adaptativa (Sonuga-Barke & Halperin, 2010). Porém, apenas um quarto das crianças com sintomas precoces de PH/DA são encaminhadas para serviços de avaliação e, conseqüentemente, beneficiam de intervenções devidamente testadas e baseadas em evidências (Egger, Kondo, & Angold, 2006; Greenhill, Posner, Vaughan, & Kratochvil, 2008). Este estudo, consiste numa tentativa de criar uma resposta de intervenção preventiva precoce em Portugal, através da avaliação da eficácia de um programa para pais, internacionalmente reconhecido e

¹ A designação original "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder" (APA, 2013) foi traduzida na última versão portuguesa existente do DSM por "Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção". Neste trabalho, adotámos a designação de "Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção". Com efeito, esta perturbação é descrita como um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade (APA, 2013), o que sugere que os sintomas principais que a caracterizam se podem manifestar em simultâneo ou em separado, sendo que "*at least six symptoms in one domain are required for diagnosis*" (<http://www.dsm5.org/Documents/changes>).

baseado em evidências, o programa *Incredible Years*, numa amostra de crianças portuguesas em idade pré-escolar, em risco de virem a desenvolver PH/DA.

Desde há vários anos que a PH/DA em idade pré-escolar tem sido alvo de interesse crescente por parte de clínicos e investigadores. Em 2004, Döpfner, Rothenberger e Sonuga-Barke escrevem um artigo onde identificam a PH/DA em idade pré-escolar como área de investigação promissora a investir no futuro e, em 2006, Dreyer descreve a PH/DA em idade pré-escolar como um “*hot topic*”. O caráter crónico e estável da PH/DA ao longo do desenvolvimento (Harvey, Youngwirth, Thakar, & Errazuriz, 2009; Lahey et al., 2004; von Stauffenberg & Campbell, 2007), a comorbilidade elevada dos sintomas com outros problemas, nomeadamente com a perturbação de oposição/desafio (Campbell et al., 2000; Lavigne, LeBailly, Hopkins, Gouze, & Binns, 2009), o risco de problemas futuros, sobretudo quando os sintomas têm um início precoce (e.g., delinquência, baixo rendimento académico e abandono escolar, problemas interpessoais) (ver Daley, Jones, Hutchings, & Thompson, 2009, para uma revisão) e a interferência dos sintomas em diferentes áreas de funcionamento da criança (e.g., família, escola, pares) (Sayal, Hornsey, Warren, MacDiarmid, & Taylor, 2006; Sonuga-Barke, Thompson, Abikoff, Klein, & Brotman, 2006) levaram os investigadores internacionais a impulsionar o estudo da PH/DA numa fase precoce do desenvolvimento (e.g., Daley et al., 2009; Sonuga-Barke, Auerbach, Campbell, Daley, & Thompson, 2005; Sonuga-Barke, Koerting, Smith, McCann, & Thompson, 2011).

Uma das questões da investigação prende-se com o diagnóstico da PH/DA em idade pré-escolar, que coloca desafios acrescidos ao clínico, uma vez que os sintomas característicos desta perturbação, isto é, a hiperatividade, a impulsividade e a desatenção, fazem parte, em “doses aceitáveis”, do desenvolvimento normativo das crianças de idade pré-escolar (Brotman & Gouley, 2008). Nesta faixa etária, pode existir elevada variabilidade interindividual, mais relacionada com diferenças de quantidade dos sintomas e seu grau de interferência, do que com a qualidade ou o tipo de comportamentos presentes (Sonuga-Barke & Halperin, 2010). Assim, há crianças a manifestar níveis elevados de sintomas, próximos do extremo superior do contínuo da PH/DA, com interferência em diferentes áreas de funcionamento da criança, e outras que não preenchem todos os critérios de diagnóstico, nem revelam interferência em mais do que um contexto (ver Egger et al., 2006 para uma revisão). O presente estudo foi concebido a pensar também nestas últimas crianças, aquelas que manifestam alguns sintomas, em que existe mal-estar e preocupação por parte dos pais e que podem, ou não, vir a desenvolver uma das múltiplas trajetórias desenvolvimentais da PH/DA. Estas crianças merecem, igualmente, um “olhar” preventivo (Bussing, Lehninger, & Eyberg, 2006; Chacko, Wakschlag, Hill, Danis, & Espy, 2009) e o abandono de uma abordagem “esperar para ver”, cujos efeitos secundários na trajetória da criança podem ser nefastos (Rajwan, Chacko, & Moeller, 2012).

Apesar de os estudos indicarem os fatores neurobiológicos, genéticos e neurológicos como as principais causas etiológicas da PH/DA (e.g., Banaschewski et al., 2010; Nigg, 2012), a forma como os pais interagem com a criança e o efeito recíproco das interações negativas entre pais e filhos (Patterson, DeGarmo, & Knutson, 2000) no funcionamento familiar, pode funcionar como fator de risco para a manutenção e aumento dos comportamentos problemáticos das crianças (e.g., comportamentos de oposição, desafio; Johnston & Jassy, 2007), e constitui uma das áreas mais afetadas na PH/DA, mesmo em idade precoce (Deault, 2010). As dificuldades relacionadas com a parentalidade são, aliás, consideradas, um dos principais preditores de resultados negativos a longo-prazo em crianças com problemas de comportamento (Chamberlain & Patterson, 1995; Roskam, Meunier, Stievenari, & Van De Moortele, 2009). Em contexto familiar, crianças que não ouvem instruções até ao fim, que têm dificuldade em esperar pela sua vez, que interrompem consecutivamente os outros, que não param quietas à mesa, que não cumprem as ordens dos adultos, que fogem em locais públicos e que estão constantemente a perturbar os irmãos e amigos, tornam as relações entre pais-filhos difíceis, contribuem para aumentar os níveis de stresse familiar, a discórdia entre os pais (Fisher, 1990) e as práticas educativas disfuncionais (Cunningham & Boyle, 2002).

O modelo da psicopatologia do desenvolvimento aplicado à PH/DA (Sonuga-Barke et al., 2005), orientador da conceitualização deste estudo, ajuda-nos a perspetivar a confluência de diferentes fatores de risco envolvidos nas múltiplas trajetórias desenvolvimentais desta perturbação, nomeadamente dos fatores do meio relacionados com o sistema parental, aqueles que mais nos vão interessar ao longo deste trabalho. A abordagem desenvolvimental e ecológica (e.g., Bronfenbrenner, 1986; Patterson et al., 2000; Sameroff & Chandler, 1975) orientou também as nossas opções metodológicas, quer ao nível das escolhas feitas em termos de avaliação psicológica (múltiplos informadores e contextos), quer do programa parental selecionado para a intervenção (Programa Básico para pais *Incredible Years*; Webster-Stratton, 2001). Este programa atua simultaneamente nos fatores de risco e de proteção mais suscetíveis à mudança no contexto de uma trajetória (in)adaptativa, isto é, nas práticas educativas parentais e na qualidade das relações entre pais e filhos (Gaspar, 2011).

Existem, assim, motivos suficientes para estarmos atentos aos primeiros sinais da PH/DA e para intervir precocemente, na tentativa de atenuar a trajetória desenvolvimental dessas crianças e de minimizar o impacto dos sintomas de PH/DA nas suas vidas: *“intervening early should be more successful than waiting until outcomes are established and then trying to reverse the pathogenic process”* (Sonuga-Barke & Halperin, 2010, p. 370). Os tratamentos psicossociais, nomeadamente os programas com pais, são recomendados como tratamentos preferenciais nesta faixa etária (e.g., *American Academy of Pediatrics* [AAP], 2011; Charach et al., 2011; Murray, 2010; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Rajwan et al., 2012;

Young & Amarasinghe, 2010), partindo-se do pressuposto que a mudança nos comportamentos e práticas dos pais tem impacto nos comportamentos da criança, sobretudo em idade pré-escolar (Arons, Katz-Leavy, Witting, & Holden, 2002; Webster-Stratton & Reid, 2010). Sonuga-Barke e colaboradores (2011) apresentam vários argumentos que reforçam o valor da intervenção preventiva na PH/DA em idade pré-escolar: i. a existência de estudos indicativos de maior plasticidade cerebral numa fase precoce do desenvolvimento; ii. a capacidade que as intervenções precoces têm de prevenir a cristalização de padrões comportamentais da criança, que potenciam a interferência dos sintomas; iii. a recetividade dos pais e a tendência para a redução de atitudes parentais negativas, após a intervenção precoce; iv. a ausência de efeitos secundários como, por exemplo, o insucesso escolar, as dificuldades no relacionamento com os pares, quando estes se encontram numa fase inicial, o que facilita a intervenção. Durante os primeiros anos de vida, as crianças são menos resistentes à mudança e os pais têm um impacto considerável no seu comportamento como principais agentes de mudança e socialização, o que reforça o papel da intervenção precoce (Daley et al., 2009).

Para além disso, recomenda-se que as intervenções utilizadas sejam baseadas em evidências científicas. Nas últimas décadas, na Europa, sobretudo nos últimos anos (Axford, Elliott, & Little, 2012), os investigadores têm-se dedicado à avaliação e ao desenvolvimento de intervenções empiricamente validadas (Kazdin & Weisz, 2010), que possam ser disseminadas e implementadas nos serviços de saúde mental (Kazdin, 2008) e noutros locais, neste último caso, como programas de prevenção (Axford et al., 2012). Foi nossa preocupação contribuir para criar “pontes” de ligação entre a investigação e a prática e, refletindo a nossa experiência clínica e o número crescente de crianças encaminhadas por suspeita de problemas de comportamento em idade precoce (Major, 2011), estudar, de forma inovadora em Portugal, o impacto de uma ferramenta de intervenção para pais validada internacionalmente, que pode ser usada por psicólogos, mas também por outros técnicos de saúde mental, da área social ou da educação.

Em Portugal, não estão disponíveis estudos epidemiológicos em idade pré-escolar². No entanto, dados do Estudo Epidemiológico Nacional de Morbilidade Psiquiátrica com adultos (Furtado, Ribeirinho, & Gaspar, 2010) revelam que 1 em 5 portugueses sofreu no último ano de um problema de saúde mental (prevalência acima da média Europeia) e que aproximadamente metade dos participantes (43%) já teve um problema desse género ao longo da vida, o que se traduz em custos económicos e sociais elevados, como reporta um relatório recente da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Estes dados reforçam a importância da inclusão de ações preventivas precoces nos programas de saúde mental infantil em Portugal. O nosso estudo está

² Mesmo os estudos de prevalência da PH/DA em idade escolar são escassos no nosso país. No entanto, temos conhecimento da existência de dois estudos, indicativos de uma taxa de 4.3% de crianças e adolescentes com sintomas de PH/DA na zona de Coimbra (Fonseca, Rebelo, Simões, & Ferreira, 1995) e de 4.6% em crianças portuguesas de idade escolar (Melo, 2003).

em consonância com as medidas definidas no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), que preconiza, entre outras ações, a “implementação de programas de prevenção validados internacionalmente, direcionados para áreas e grupos de risco diversos” (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008, p. 26); e em linha com a Recomendação 19 do Conselho da Europa (2006), cujo foco incide na promoção da Parentalidade Positiva. Em Portugal, na sequência da medida de Educação Parental (artigo 41º, Lei 147/99; Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, 1999), foi realizado um estudo nacional de avaliação de diferentes programas parentais com famílias de elevado risco social (Almeida et al., 2012), que incluía o programa alvo do nosso estudo.

Com o objetivo de contribuir no contexto nacional para o desenvolvimento de respostas de intervenção precoces baseadas em evidências, para crianças pré-escolares com sinais iniciais de problemas de comportamento externalizante, foi elaborado um projeto amplo de investigação (Seabra-Santos, Gaspar, Azevedo, Homem, & Leitão, 2012) do qual esta dissertação é parte integrante. Partindo da literatura existente sobre este tema, no nosso estudo procurámos desenhar uma investigação longitudinal que colmatasse algumas das lacunas da nossa prática clínica, nomeadamente o facto de, do nosso conhecimento, não existir em Portugal uma resposta de intervenção psicossocial baseada em evidências, nem nenhum estudo de resultados com um programa de intervenção parental para crianças em idade pré-escolar, na área da hiperatividade. Este estudo constitui, assim, um esforço para superar essa limitação que acreditamos possa “fazer a diferença” e constituir um importante contributo para a prevenção da saúde mental no nosso país, na medida em que se disponibiliza aos pais e profissionais uma alternativa de intervenção válida e estruturada. Visa responder a uma questão central: *“Qual a eficácia do programa de intervenção parental Anos Incríveis, a curto e a médio prazo, numa amostra de crianças portuguesas com comportamentos de PH/DA?”*.

Assim, atendendo ao nosso principal objetivo, e apesar de constituírem assuntos relevantes para a investigação, as especificidades etiológicas da PHDA e outras intervenções para além das parentais em idade pré-escolar, ultrapassam o âmbito deste estudo.

Este trabalho está dividido em quatro partes. A primeira parte constitui o **Enquadramento Teórico** do estudo, ponto de partida para a nossa investigação, e inclui o primeiro e segundo capítulos. O **Capítulo 1**, intitulado *A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção em idade pré-escolar: Especificidades e desafios ao diagnóstico e intervenção*, consiste num artigo de revisão da literatura publicado na revista nacional *Análise Psicológica*, que pretende caracterizar a PH/DA em idade pré-escolar e refletir sobre esta problemática à luz dos modelos clínico e do desenvolvimento. Neste artigo, após

algumas considerações sobre o diagnóstico, a prevalência, a estabilidade dos sintomas e sua apresentação clínica em idade pré-escolar³, expomos os indicadores precoces de risco envolvidos nas múltiplas trajetórias desenvolvimentais da PH/DA e uma proposta de modelo de concetualização da PH/DA no pré-escolar, da autoria de Sonuga-Barke e colaboradores (2005). Por fim, são discutidas as principais implicações clínicas relativas ao processo de avaliação da PH/DA no pré-escolar e os principais desafios que os investigadores e os clínicos enfrentam. O **Capítulo 2** designa-se ***Intervenção parental em crianças pré-escolares com sintomas de PH/DA: O exemplo específico do Programa Básico para pais Anos Incríveis***. Numa primeira parte, informamos de forma sintética sobre o estado da arte das principais intervenções parentais recomendadas para a PH/DA em idade pré-escolar e sobre os resultados dos estudos de eficácia realizados. Seguidamente, descrevemos o programa parental usado neste estudo quanto às principais características, objetivos, pressupostos teóricos, métodos, papel do facilitador, importância da fidelidade na implementação e evidência empírica de eficácia. Os aspetos relacionados com a implementação do programa *Anos Incríveis* em Portugal, os estudos realizados e os motivos que nos levaram a selecioná-lo, como uma ferramenta de intervenção precoce no âmbito dos problemas de hiperatividade são, igualmente, expostos.

A **segunda parte** compreende um único capítulo (**Capítulo 3: *Aspetos Metodológicos Gerais***) e visa contribuir para a clarificação global dos objetivos, procedimentos e aspetos metodológicos orientadores deste estudo. No capítulo 3, são apresentados os objetivos e hipóteses do estudo, definidos de acordo com o enquadramento teórico realizado e tendo como propósito superar algumas das limitações identificadas, o processo de seleção da amostra, os procedimentos e desenho da investigação, os instrumentos de avaliação e os principais procedimentos estatísticos utilizados na análise dos dados.

A **terceira parte** deste trabalho (**Estudos Empíricos**) engloba três capítulos dedicados à apresentação de resultados (**Capítulos 4, 5 e 6**) sob a forma de artigos científicos publicados ou submetidos para publicação em revistas científicas internacionais, razão pela qual foram redigidos em língua inglesa e de acordo com os requisitos impostos por cada uma das revistas. Cada um deles representa um dos três estudos empíricos efetuados para a consecução dos objetivos formulados. Apesar de cada um destes artigos atender a diferentes objetivos

³ O Capítulo 1, publicado na Revista *Análise Psicológica* em janeiro de 2013, foi escrito com base no Sistema de Diagnóstico vigente na altura, o DSM-IV-TR (APA, 2002). Entretanto, foi publicada a 5ª versão do DSM (DSM-5; APA, 2013). Apesar de algumas diferenças terem sido introduzidas na nova versão, no geral, a forma como o diagnóstico de PH/DA é concebido é semelhante. Algumas alterações incluem: a introdução e descrição de comportamentos e situações exemplificativas de sintomas de PH/DA, de forma a facilitar a caracterização da perturbação ao longo da vida; a redução do limiar mínimo da presença de sintomas em adultos para 5 sintomas e não 6, como previsto para pessoas mais novas; o alargamento da idade de início dos sintomas para antes dos 12 anos de idade e não dos 7; a inclusão da perturbação do espectro do autismo entre o leque de possíveis diagnósticos comórbidos. Para além disso, contemplando os correlatos neurológicos implicados na PH/DA e a extinção da secção anteriormente dedicada às perturbações da infância e adolescência, o diagnóstico passar a estar incluído na secção das Perturbações Neurodesenvolvimentais.

específicos do nosso plano de investigação e a diferentes etapas desta, a sequência cronológica e a coerência e articulação entre eles são mantidas ao longo do texto.

O primeiro estudo empírico (**Capítulo 4: *The Incredible Years Basic parent training for Portuguese preschoolers with AD/HD behaviors: Does it make a difference?***), publicado na revista internacional *Child Youth Care Forum*, teve como principal objetivo avaliar a eficácia do programa parental *Anos Incríveis* a curto prazo, isto é, seis meses após a linha de base, numa amostra de crianças pré-escolares portuguesas com comportamentos característicos de PH/DA, comparando os efeitos da intervenção em dois grupos de participantes aleatoriamente distribuídos, após a linha de base: grupo experimental e grupo de controlo ou lista de espera. Para tal, foram utilizados diferentes informadores e diversas medidas, aplicadas antes e depois da intervenção, com o objetivo de avaliar o impacto desta em variáveis da criança (comportamentos de hiperatividade, oposição-desafio, competências sociais) e dos seus pais (competência parental, práticas parentais). Este estudo centrou-se também na avaliação do significado clínico da mudança, assim como na avaliação da adesão e aceitação das mães da nossa amostra ao programa implementado. O segundo estudo (**Capítulo 5: *A parent-based intervention programme involving preschoolers with AD/HD behaviours: Are children's and mothers' effects sustained over time?***), aceite para publicação na revista internacional *European Child and Adolescent Psychiatry*, é um estudo de natureza longitudinal e pretendeu avaliar se os efeitos da intervenção anteriormente identificados a curto prazo, se mantinham ao longo do tempo (12 meses, após a linha de base). Visou testar a robustez dos resultados e, desta forma, contribuir para alargar o suporte empírico do programa *Anos Incríveis* na faixa etária e na problemática em estudo.

Finalmente, o terceiro estudo empírico (**Capítulo 6: *Do Portuguese preschoolers with high hyperactivity behaviors make more progress than those with low hyperactivity after parental intervention?***) submetido para publicação numa revista internacional, constitui também um estudo longitudinal. Considerando que nem todos os programas funcionam de igual modo para todas as crianças com uma problemática semelhante, tentou-se perceber se os efeitos do programa *Anos Incríveis* (a mudança da pré-intervenção para o *follow-up* 12 meses) diferiam de acordo com diferentes níveis de severidade dos comportamentos de PH/DA na linha de base: um subgrupo de crianças com nível baixo de comportamentos de PH/DA foi comparado com um subgrupo de crianças com nível elevado destes comportamentos. Para além disso, explorou-se as diferenças entre os subgrupos quanto ao grau de satisfação das mães com os métodos e estratégias desenvolvidas ao longo do programa *Anos Incríveis*.

Por fim, a **quarta e última parte** deste trabalho inclui um único capítulo (**Capítulo 7: *Discussão Final***), que visa uma síntese e discussão integradora dos resultados encontrados, enumera as principais conclusões, assim como os pontos fortes e limitações deste estudo. São

também formuladas algumas implicações clínicas para as famílias e profissionais e apontadas direções para a investigação futura em Portugal.

Nos anexos, são apresentados diferentes documentos relevantes para este trabalho, devidamente identificados ao longo do texto, dos quais destacamos a descrição completa e pormenorizada do protocolo de avaliação e exemplos do protocolo de intervenção utilizados neste estudo, nomeadamente os objetivos específicos de duas sessões do programa *Anos Incríveis*.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A., Abreu-Lima, I., Cruz, O., Gaspar, M.F., Brandão, T., Alarcão, M.,... Machado, J. (2012). Parent education interventions: Results from a national study in Portugal. *European Journal of Development Psychology, 19*(1),135-149. doi: 10.1080/17405629.2011.647865
- American Academy of Pediatrics (AAP, 2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics, 128*(5), 1-16. doi: 10.1542/peds.2011-2654
- American Psychiatric Association (APA, 2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi. (Original publicado em 1994)
- American Psychiatric Association (APA, 2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arons, B. S., Katz-Leavy, J., Wittig, A. C., & Holden, E. W. (2002). Too young for ADHD: The potential role of system of care. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 23*, 57-63.
- Axford, N., Elliott, D., & Little, M. (2012). Blueprints for Europe: Promoting evidence-based programmes in children's services. *Psychosocial Intervention, 21*(2), 205-214. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a11>
- Banaschewski, T., Becker, K., Scherag, S., Franke, B., & Coghill, D. (2010). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview. *European Child and Adolescent Psychiatry, 19*(3), 237-257. doi:10.1007/s00787-010-0090-z
- Bronfenbrenner, U. (1986). The ecology of the family as a context for human development. *Developmental Psychology, 22*(6), 723-742. doi: 10.1037/0012-1649.22.6.723
- Brotman, L. M., & Gouley, K. (2008). Clinical assessment of preschoolers: Special precautions. In K. McBurnett & L. Pfiffner (Eds.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorders: Concepts, controversies, new directions* (pp. 235-242). New York: Informa Healthcare USA, Inc.
- Bussing, R., Lehninger, F., & Eyberg, S. (2006). Difficult child temperament and attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children. *Infants & Young Children, 19*(2), 123-131. Retirado de <http://journals.lww.com/iycjournal/Abstract/2006>
- Campbell, S. B., Pierce, E. W., March, C. L., Ewing, L. J., & Szumowski, E. K. (1994). Hard-to-manage preschool boys: Symptomatic behavior across contexts and time. *Child Development, 65*, 836-851. doi: 10.1111/j.1467-8624.1994.tb00787
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology, 12*, 467-488. doi:10.1017/S0954579400003114

- Chacko, A., Wakschlag, L., Hill, C., Danis, B., & Espy, K. (2009). Viewing preschool disruptive behavior disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder through a developmental lens: What we know and what we need to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 627-643. doi:10.1016/j.chc.2009.02.003
- Chamberlain, P., & Patterson, G. R. (1995). Discipline and child compliance in parenting. In M. H. Bornstein & H. Marc (Eds.), *Handbook of Parenting: Applied and Practical Parenting* (Vol. 4, pp. 205-225). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Charach A., Dashti, B., Carson, P., Booker, L., Lim, C.G., Lillie, E, ... Schachar R. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder: Effectiveness of treatment in at-risk preschoolers; long-term effectiveness in all ages; and variability in prevalence, diagnosis, and treatment. *Comparative Effectiveness Review*, 44 (Prepared by the McMaster University Evidence-based Practice Center). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retirado de www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm. Accessed 30 November 2012.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Ministério da Saúde (2008). Resumo executivo do *Plano nacional de saúde mental 2007-2016*. Retirado de http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016_resumoexecutivo.pdf
- Cunningham, C. E., & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 555-569. doi:10.1023/A:1020855429085.
- Daley, D., Jones, K., Hutchings, J., & Thompson, M. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children: Current findings, recommended interventions and future directions. *Child: Care Health and Development*, 35(6), 754-766. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00938
- Deault, L. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Human Development*, 41, 168-192. doi: 10.1007/s10578-009-0159-4
- Döpfner, M., Rothenberger, A., & Sonuga-Barke, E. (2004). Areas for future investment in the field of ADHD: Preschoolers and clinical networks. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 (Suppl1), 130-135. doi:10.1007/s00787-004-1012-8
- Dreyer, B. P. (2006). The diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: The state of our knowledge and practice. *Current Problems in Paediatric Adolescent Health Care*, 36, 6-30. doi: 10.1016/j.cppeds.2005.10.001
- Egger H. E., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioural disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313-337. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01618

- Egger, H. L., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infant & Young Children, 19*(2), 109-122. Retirado de <http://journals.lww.com/iycjournal>
- Fisher, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*(4), 337-346. doi:10.1207/s15374424jccp1904_5
- Fonseca, A. C., Rebelo, J. A., Simões, A., & Ferreira, J. A. (1995). Comportamentos anti-sociais no ensino básico: As dimensões do problema. *Revista Portuguesa de Pedagogia, XXIX*, 85-105.
- Furtado, C., Ribeirinho, M., & Gaspar, M. (2010). *Análise da evolução da utilização de psicofármacos em Portugal continental entre 2000 e 2009*. Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde, Direção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde. Retirado de http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ESTUDOS_REALIZADOS
- Gadow, K. D., Sprafkin, J., & Nolan, E. E. (2001). DSM-IV symptoms in community and clinic preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1383-1392. doi:10.1097/00004583-200112000-00008
- Gaspar, M. F. (2011). Educação parental e prevenção do risco na infância: Resposta milagre ou desafio incitador? In A. T. Almeida & N. Fernandes (Eds.), *Intervenção com crianças, jovens e famílias: Estudos e Práticas* (pp. 204-224). Coimbra: Almedina.
- Greenhill, L., Posner, K., Vaughan, B., & Kratochvil, C. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 17*, 347-366. doi:10.1016/j.chc.2007.11.004
- Harvey, E., Youngwirth, S., Thakar, D., & Errazuriz, P. (2009). Predicting attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder from preschool diagnostic assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 349-354. doi:10.1037/a0014638
- Johnston, C., & Jassy, J. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: Links to parent-child interactions. *Journal of Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 16*(2), 74-79.
- Kazdin, E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist, 63*(3), 146-159. doi: 10.1037/0003-066X.63.3.146
- Kazdin, E., & Weisz, J. R. (2010). Introduction: Context, background and goals. In J. R. Weisz & E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 3-10). New York, NY: Guilford Press.
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Kipp, H., Ehrhardt, A., Lee, S., ... Massetti, G. (2004). Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at a 4-6

- years of age. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2014-2020. Retirado de <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Lavigne, J. V., Gibbons, R. D., Christoffel, K. K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., ... Issacs, C. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204-214. doi:10.1097/00004583-199602000-00014
- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Hopkins, J., Gouze, K. R., & Binns, H. J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-old. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(3), 315-328. doi: 10.1080/15374410902851382
- Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (1999). Diário da República – I Série-A, nº 204, de 1 de Setembro de 1999, 6115-6132. Retirado de: <http://www.dre.pt/pdf1sdip/1999/09/204A00/61156132.PDF>
- Major, S. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas* (Tese de doutoramento). Retirada de https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese_Sofia%20Major.pdf
- Melo, A. I. R. (2003). *Contributos para a avaliação da criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção* (Tese de Doutoramento não Publicada). Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Murray, D. (2010). Treatment of preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12, 374-381. doi: 10.1007/s11920-010-0142-6
- National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults* (National Clinical Practice Guideline No 72). London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Nigg, J. (2012). Future directions in ADHD etiology research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(4), 524-533. doi: 10.1080/15374416.2012.686870
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011). Evidência científica sobre custo-efectividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde. Retirado de https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efectividad_de_intervencao_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- Patterson, G., DeGarmo, D., & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology*, 12, 91-106. doi: 10.1017/S0954579400001061

- Pelham, W. E., Chacko, A., & Wymbs, B. T. (2004). Diagnostic and assessment issues of attention deficit/hyperactivity disorder in the young child. In R. DelCarmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 399-419). Oxford: Oxford University Press.
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Horta, B., Biederman, J., & Rohde, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, *164*, 942-948. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.942
- Rajwan, E., Chacko, A., & Moeller, M. (2012). Nonpharmacological interventions for preschool ADHD: State of the evidence and implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43*(5), 520-526. doi: 10.1037/a0028812
- Recomendação 19 do Conselho da Europa (EC, 2006). Relatório da 28ª reunião do Conselho de Ministros do Conselho da Europa responsáveis pelos Assuntos da Família (Lisboa, 2006). Retirado de <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1073507&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>
- Roskam, I., Meunier, J. C., Stievenart, M., & Van de Moortele, G. (2009). Linking children's personal characteristics, externalizing behavior and relationships in family and social environments: Some developmental cascades. In M. Russo & A. De Luca (Eds.), *Psychology of Family Relationships* (pp. 173-202). Hauppauge NY: Nova Science Publishers.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of care-taking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. Siegal (Eds.), *Review of Child Development Research* (Vol.4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Sayal, K., Hornsey, H., Warren, S., MacDiarmid, F., & Taylor, E. (2006). Identification of children at risk of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A school-based intervention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(10), 806-813. doi: 10.1007/s00127-006-0100-0
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T., & Leitão, S. (2012, Março). *Developing and researching the Incredible Years programs in Portugal*. Paper presented at the Center for Evidence Based Early Intervention Annual Conference 2012 "Supporting Parents, Children and Teachers: Research and practice", Cardiff. Retirado de <http://incredibleyears.com/programs/implementation/implementation-examples/>
- Sonuga-Barke, E., Auerbach, J., Campbell, S. B., Daley, D., & Thompson, M. (2005). Varieties of preschool hyperactivity: Multiple pathways from risk to disorder. *Developmental Science*, *8*(2), 141-150. doi: 10.1111/j.1467-7687.2005.00401
- Sonuga-Barke, E., & Halperin, J. (2010). Developmental phenotypes and causal pathways in attention/hyperactivity disorder: Potential targets for early intervention? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(4), 368-389. doi:10.1111/j.1469 7610.2009.02195.x

- Sonuga-Barke, E.J., Koerting, J., Smith, E., McCann, D.C., & Thompson, M. (2011). Early detection and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *11*(4), 557-63. doi: 10.1586/ern.11.39
- Sonuga-Barke, E., Thompson, M., Abikoff, H., Klein, R., & Brotman, L. M. (2006). Nonpharmacological interventions for preschoolers with ADHD: The case for specialized parent training. *Infants and Young Children*, *19*(2), 142-153.
- von Stauffenberg, C., & Campbell, S. B. (2007). Predicting the early developmental course of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *28*, 536-552. doi:10.1016/j.appdev.2007.06.011
- Webster-Stratton, C. (2001). *The parent and child series: A comprehensive course divided into four programs—Leaders' guide*. Seattle: The Incredible Years.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2010). The Incredible Years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 194-210). New York: Guilford Publications.
- Webster-Stratton, C., Reid, M., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, *30*(3), 283-302. doi:10.1207/S15374424JCCP3003_2
- Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Monuteaux, M., Prince, J., & Spence, T. J. (2002). Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, *23*, 531-537. doi: 0196-206X/00/2301S-0S31
- Young, S., & Amarasinghe, M. (2010). Practioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(2), 116-133. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02191.x

PARTE I

Enquadramento Teórico

“Quando começou a andar, nunca mais o apanhei (...) Gostava que fosse mais calmo, que tivesse menos energia, que estivesse mais de 30 segundos numa atividade. Tenho esperança que com a idade e com ajuda ele melhore. Não é somente para connosco (pai e mãe) mas também para a educadora e todos os adultos que o rodeiam.” (Mãe de um menino de 4 anos)

“Ele tem uma personalidade muito vincada, é difícil lidar com ele. Fica sempre aquela dúvida dos pais, que nos atormenta actualmente, será que é hiperativo? O médico diz que ele não é hiperativo, mas superativo! Hoje em dia passamos pouco tempo com eles, pouco tempo de qualidade, depois o que educamos em meia hora, perdemos logo na hora seguinte, quando os deixamos fazer uma vontade, ou quando nos afastamos e o nosso tempo para eles acaba.” (Mãe de um menino de 5 anos)

Capítulo I

I. A perturbação de hiperatividade/défice de atenção em idade pré-escolar: Especificidades e desafios ao diagnóstico e intervenção

Artigo de Revisão da Literatura

A perturbação de hiperatividade/défice de atenção em idade pré-escolar:
Especificidades e desafios ao diagnóstico e intervenção

2012

Análise Psicológica

Volume 4, Páginas 387-403

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção em idade pré-escolar:

Especificidades e desafios ao diagnóstico e intervenção

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in preschool children:

Specificities and challenges in diagnosis and intervention

Andreia Azevedo, Maria João Seabra-Santos, Maria Filomena Gaspar & Tatiana Carvalho Homem

Resumo

Com a presente revisão da literatura, pretende-se caracterizar a PH/DA em idade pré-escolar. Nos últimos anos este diagnóstico tem vindo a ser aplicado cada vez com mais frequência antes dos 5 anos de idade, alertando para a necessidade de proceder a uma clarificação da identificação e diagnóstico precoces. A utilização do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) em idade pré-escolar tem sido objeto de debate, devido ao risco de psicopatologização e sobrediagnóstico de problemas de desenvolvimento que podem ser transitórios. Através do estudo dos indicadores precoces de risco implicados nas diferentes trajetórias da PH/DA poderemos responder de forma mais apropriada aos primeiros sinais da hiperatividade e proporcionar intervenções precoces. O presente artigo faz uma síntese das áreas a avaliar e dos instrumentos que é possível utilizar, bem como das principais evidências científicas e diretrizes práticas sobre a avaliação e intervenção na PHDA em idade pré-escolar.

Palavras-chave: pré-escolar, PH/DA, DSM, indicadores precoces de risco, trajetórias de desenvolvimento

Abstract

With this literature review we intend to characterize AD/HD in preschool children. In the last years this diagnosis is increasingly being made under the age of 5, stressing the need for a better clarification of early identification and diagnosis. The use of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) in preschool years has been subject to debate, due to the risk of overdiagnosis and overpathologizing developmental problems that might be transitory. Through the study of early indicators of risk involved in different pathways of AD/HD, we can answer more appropriately to early signs of hyperactivity and provide early intervention. This paper addresses the main areas to be evaluated and instruments available, as well as the main scientific evidences and practical guidelines on assessment and intervention in preschool ADHD.

Keywords: preschool, AD/HD, DSM, early risk indicators, developmental trajectories

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PH/DA)⁴, amplamente estudada em idade escolar, é uma das formas de psicopatologia mais diagnosticada durante a infância. Estima-se que entre 3 a 7% das crianças em idade escolar preencham os critérios de diagnóstico para a PH/DA e que exista uma prevalência superior no sexo masculino, que pode oscilar entre 2:1 em estudos da comunidade e 9:1 em estudos clínicos. Ao longo do desenvolvimento a sua prevalência tem tendência para diminuir, embora os dados referentes à adolescência e idade adulta sejam ainda imprecisos (APA, 2002).

A PH/DA caracteriza-se por elevados níveis de atividade física e comportamento impulsivo, e/ou falta de atenção (*American Psychiatric Association [APA], 2002*). Trata-se de uma perturbação de desenvolvimento (Sonuga-Barke & Halperin, 2010) neurocomportamental persistente (de curso crónico), que pode ser severa, causando problemas significativos em diferentes contextos de funcionamento do sujeito, como a escola ou a família (*American Academy of Pediatrics [AAP], 2011*). As consequências adversas a curto e a longo prazo incluem rendimento escolar fraco, depressão, comportamento antissocial, exclusão social, delinquência e consumo de substâncias. A comorbilidade com outras perturbações é comum e variada (Taylor et al., 2004).

A etiologia exata desta perturbação é ainda desconhecida, embora existam evidências crescentes de que os fatores genéticos poderão encontrar-se entre as suas principais causas. Assim, para além da coocorrência do diagnóstico em familiares biológicos de primeiro grau (Biederman, Faraone, Keenan, Knee, & Tsuang, 1990), os estudos moleculares têm avançado algumas hipóteses de alterações em genes específicos suscetíveis de estarem relacionados com a PH/DA (Banaschewski, Becker, Scherag, Franke, & Coghill, 2010). Outros estudos, de neuroimagem e de neuropsicologia, apontam para a existência de fatores neurobiológicos associados a esta perturbação (Faraone & Biederman, 1998). Os fatores ambientais (Banerjee, Middleton, & Faraone, 2007) e familiares (Biederman et al., 1990) desempenham, igualmente, um papel crucial na etiologia da PH/DA. Não obstante a existência de múltiplos fatores etiológicos, nenhum deles suficiente por si só para explicar o aparecimento da perturbação, a PH/DA parece ser melhor conceptualizada ao longo de um espectro de severidade, largamente determinado pela interação dos fatores genéticos e ambientais que sustentam a variabilidade fenotípica que lhe é característica (Connor, 2002; Sonuga-Barke & Halperin, 2010).

⁴A designação original "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder" foi traduzida na versão portuguesa atual do DSM por "Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção". Neste artigo adotámos a designação de "Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção", uma vez que nos parece traduzir de forma mais fidedigna a evolução conceptual desta perturbação. Com efeito, esta perturbação é descrita como "um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade" (APA, 2002, p.85), o que sugere que os sintomas principais que a caracterizam se podem manifestar em simultâneo ou em separado.

Apesar de a PH/DA ser normalmente identificada em crianças de idade escolar (por volta dos 7 anos) (Sonuga-Barke, Thompson, Abikoff, Klein, & Brotman, 2006), os sintomas podem ocorrer por volta dos 3 ou 4 anos (Lavigne et al., 1996), ou mesmo tão cedo como aos 2 anos de idade (Egger & Angold, 2006). Nas últimas duas décadas, o diagnóstico de PH/DA tem vindo a ser aplicado cada vez com mais frequência antes dos 5 anos de idade, alertando para a necessidade de proceder a uma clarificação do diagnóstico e intervenção precoces. Na última versão das diretrizes de prática clínica para a PH/DA lançadas pela AAP (2011), as recomendações, que antes incidiam apenas sobre crianças mais velhas, foram estendidas aos 4 e 5 anos de idade. Porém, e em contraste com o que acontece em idade escolar, a compreensão e investigação da nosologia, nestas idades, encontra-se ainda numa fase preliminar (Egger, Kondo, & Angold, 2006a), não existindo uma resposta acabada para as questões da identificação e tratamento da PH/DA em idade pré-escolar (Greenhill, Posner, Vaughan, & Kratochvil, 2008). Com esta revisão da literatura pretende-se contribuir para a caracterização da PH/DA em idade pré-escolar, dando-se especial relevo às questões da conceptualização e diagnóstico, de acordo com as perspetivas clínica e do desenvolvimento. Por fim, são apresentadas as principais implicações clínicas e os desafios futuros.

I.1 A Perspetiva da Perturbação Mental: A PH/DA

A PH/DA em Idade Pré-Escolar e os Critérios Diagnósticos do DSM

Nos últimos anos tem-se observado um interesse crescente em torno da caracterização, prevalência e validade do diagnóstico da PH/DA em idade pré-escolar (Posner, Pressman, & Greenhill, 2009). Este reconhecimento poderá ter radicado no facto de a PH/DA ser um dos diagnósticos mais prevalentes em crianças pequenas referenciadas aos serviços de saúde mental (Gadow, Sprafkin, & Nolan, 2001; Wilens et al., 2002). Para além disso, houve um aumento da prescrição de psicoestimulantes nesta faixa etária (principalmente desde os anos 90), sem que os efeitos secundários destes fármacos, a longo prazo, estejam totalmente esclarecidos (Posner et al., 2009; Zito et al., 2000).

O diagnóstico de PH/DA é normalmente formulado com base nos critérios do DSM-IV-TR (4ª edição, texto revisto; APA, 2002). Segundo este manual de diagnóstico, a PH/DA é definida por um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade. De acordo com o padrão sintomático predominante, pode ser identificado um de entre três subtipos: desatento, hiperativo-impulsivo, ou misto. Os sintomas devem ocorrer com uma intensidade desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento do sujeito, persistir pelo menos

durante 6 meses, estar presentes antes dos 7 anos de idade e provocar um déficit clinicamente significativo em dois ou mais dos contextos do sujeito (social, acadêmico ou laboral) (APA, 2002).

O aceso debate verificado relativamente à utilização deste sistema de diagnóstico em crianças de idade escolar e à possibilidade de sobrediagnóstico (e.g., Bruchmüller, Margraf, & Schneider, 2012) estendeu-se, nos últimos anos, à idade pré-escolar (Wakschlag, Leventhal, & Thomas, 2007). Um dos principais receios prende-se com a aplicação de critérios clínicos a crianças tão pequenas e, sobretudo nestas idades, ao risco que daí pode advir relativamente à psicopatologização e sobrediagnóstico de problemas meramente transitórios no desenvolvimento (Dreyer, 2006). A esta dificuldade associa-se a ausência de um enquadramento baseado em evidências empíricas, que contemple variáveis desenvolvimentais e critérios clínicos especificamente desenhados para a idade pré-escolar (Bussing, Lehninger, & Eyberg, 2006; Posner et al., 2007).

Descreve o DSM (APA, 2002, p. 86) que “a hiperatividade pode variar em função da idade do sujeito e do seu nível de desenvolvimento, e o diagnóstico deve ser feito cautelosamente em crianças jovens” e que “é especialmente difícil estabelecer este diagnóstico em crianças de idade inferior a 4 ou 5 anos, porque o seu comportamento característico é muito mais variável do que nas crianças mais velhas e pode incluir características que são semelhantes aos sintomas de PH/DA”. Apesar desta descrição, o DSM não fornece orientações específicas que permitam distinguir entre a falta de atenção, hiperatividade e impulsividade típicas da idade pré-escolar, e sintomas patológicos da PH/DA (Bussing et al., 2006; Egger et al., 2006b), o que dificulta o diagnóstico.

Para além disso, alguns dos sintomas elencados no DSM como indicativos de patologia em crianças mais velhas e adultos sobrepõem-se, muitas vezes, a comportamentos normativos em crianças mais novas, cujos processos de atenção e autorregulação estão ainda em desenvolvimento (Wakschlag et al., 2007). Como referem Bussing et al. (2006), não se espera que estas crianças prestem atenção suficiente a pormenores ou se organizem facilmente em tarefas e atividades. Ainda a título exemplificativo, no estudo de DeWolfe, Byrne e Bawden (2000) o sintoma “interrompe ou interfere nas atividades dos outros” encontra-se presente em 50% dos pré-escolares com desenvolvimento normal, pelo que não deve ser considerado um comportamento discriminativo e sintomático da PH/DA em idade pré-escolar.

Por outro lado, a maioria dos sintomas de falta de atenção são definidos com base em tarefas académicas (e.g., “comete erros por descuido nas tarefas escolares”, “não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares”), apesar de o desempenho escolar não ser central nesta fase de desenvolvimento. Por conseguinte, a forma como os sintomas são definidos, ao ser pouco ajustada às vivências específicas destas crianças, pode impedir a

identificação de dificuldades na atenção sustentada (Wakschlag et al., 2007) criando, neste caso, o problema contrário do subdiagnóstico. Como tal, o DSM considera que “certos sintomas de falta de atenção em crianças que começam a andar ou em crianças de idade pré-escolar não podem observar-se com facilidade, dado que estas crianças habitualmente são sujeitas poucas vezes a exigências para se manterem atentas” (APA, 2002, p. 89).

Outra das questões a ter presente remete para o facto de um diagnóstico formulado com base no DSM exigir que a criança apresente défices psicossociais e académicos significativos em dois ou mais contextos do seu funcionamento, não chamando a atenção para os casos de crianças que, ao apresentarem sintomas apenas num contexto, revelam níveis subclínicos de sintomas e poderiam beneficiar igualmente de tratamento (crianças em risco); ou que ainda não necessitam de tratamento, mas precisam ser monitorizadas, principalmente à entrada no primeiro ciclo de escolaridade (Lavigne, LeBailly, Hopkins, Gouze, & Binns, 2009).

Apesar das limitações do DSM e da escassa investigação existente, as crianças que têm vindo a ser diagnosticadas com PH/DA em idade pré-escolar ou são crianças referenciadas, isto é, que fazem parte de uma amostra clínica (Bryne, Bawden, Beattie, & DeWolfe, 2000; Keenan & Wakschlag, 2000), ou são crianças não referenciadas (amostra da comunidade) mas cujos sintomas produzem elevada interferência no seu funcionamento (Gadow et al., 2001). Assim, a utilização deste sistema de diagnóstico em idade pré-escolar parece viável, uma vez que consegue discriminar crianças com problemas de comportamento clinicamente significativos (Connor, 2002; Wakschlag et al., 2007).

Prevalência e Estabilidade dos Sintomas

Relativamente à prevalência da PH/DA em idade pré-escolar, os estudos epidemiológicos nem sempre apontam para taxas convergentes. As diferenças encontradas parecem estar relacionadas com o tipo de amostra estudada (e.g., clínica ou da comunidade), o tipo de instrumentos utilizados (e.g., questionários ou entrevistas) e fonte de informação (e.g., pais ou educadores) e, ainda, a presença/ausência de evidências de impacto dos sintomas em pelo menos dois contextos de funcionamento do sujeito (Dreyer, 2006).

Por conseguinte, em estudos americanos com amostras clínicas deparamo-nos com taxas elevadas de PH/DA, que variam entre os 59% e os 86% (Keenan & Wakschlag, 2000; Wilens et al., 2002). Na população geral, de acordo com a revisão de Egger et al., 2006a), a prevalência de PH/DA em idade pré-escolar varia entre um mínimo de 2% e um máximo de 18.3%. Os valores mais elevados (entre os 6 e os 18%) estão associados aos estudos que recorrem a questionários como medidas de avaliação dos sintomas (e.g., Gadow et al., 2001), enquanto as taxas mais baixas (entre os 2 e os 8%) se reportam a estudos assentes em medidas

de diagnóstico (entrevistas) (e.g., Egger et al., 2006b; Lavigne et al., 1996), estimando-se uma média de incidência de 4.9% (Dreyer, 2006). Em Portugal não temos conhecimento da existência de estudos epidemiológicos publicados nesta faixa etária.

No que concerne às diferenças de género, no pré-escolar observa-se uma prevalência mais elevada de PH/DA no sexo masculino, ainda que a assimetria seja menos acentuada do que a encontrada em idade escolar (Dreyer, 2006; Egger et al., 2006a).

Apesar das discrepâncias entre os estudos, as taxas de prevalência em idade pré-escolar aproximam-se das encontradas em idade escolar, o que confere validade aos critérios de diagnóstico da PH/DA nesta faixa etária. Não obstante a prevalência estimada, apenas um número muito reduzido de crianças são referenciadas para tratamento pelos seus pediatras (Egger et al., 2006a) ou educadores de infância, o que é indicativo da necessidade de aumentar a informação não só acerca dos sintomas de PH/DA em idade precoce, mas sobretudo da importância de intervir cedo.

Para além disso, ao contrário das crenças de alguns pais e educadores de que os sintomas de PH/DA “passam com o tempo”, os estudos longitudinais sugerem que os diagnósticos de PH/DA realizados em idade pré-escolar são moderadamente estáveis, apontando para a estabilidade e cronicidade dos sintomas (e.g., Harvey, Youngwirth, Thakar, & Errazuriz, 2009; Lahey et al., 2004; von Stauffenberg & Campbell, 2007). Por exemplo, Campbell e Ewing (1990), num estudo longitudinal de seguimento com crianças que tinham sido identificadas aos 3 anos com sintomas de PH/DA, constataram que 50% dessas crianças continuavam a apresentar sintomas de PH/DA aos 6 anos e 48% aos 9 anos de idade. Estes dados conferem suporte à validade preditiva dos critérios do DSM no diagnóstico da PH/DA em idade pré-escolar (Lahey et al., 2007).

Apresentação Clínica

Em idade pré-escolar constata-se a mesma diferenciação em três **subtipos de PH/DA** (equivalentes à idade escolar), embora a sua distribuição seja diferente e mais instável (Lahey, Pelham, Loney, Lee, & Willcutt, 2005). Neste sentido, Lahey et al. (2005) sugerem uma predominância do subtipo hiperativo-impulsivo em detrimento do subtipo desatento, sendo este mais frequente em crianças mais velhas. Contudo, salientam o carácter instável do subtipo hiperativo-impulsivo, que raramente se mantém como tal ao longo do tempo. No que respeita especificamente à desatenção, quando presente em idade pré-escolar constitui um sintoma estável (bom preditor), embora difícil de diagnosticar (Wakschlag et al., 2007).

Acresce que os pré-escolares com PH/DA partilham, também, **caraterísticas neuropsicológicas** semelhantes às das crianças em idade escolar, reforçando a validade de

construto do diagnóstico nesta faixa etária. A hiperatividade no pré-escolar parece estar associada a défices nas funções executivas (e.g., controlo da inibição) e a dificuldade em adiar a recompensa (aversão ao adiamento) (Pauli-Pott & Becker, 2011; Sonuga-Barke, Dalen, Daley, & Remington, 2002).

Embora a **comorbilidade** entre a PH/DA e outros problemas em idade pré-escolar não tenha sido amplamente investigada (Lavigne et al., 2009), os estudos existentes são indicativos de associações entre a PH/DA e outras perturbações (Egger et al., 2006a). Assim, na amostra clínica de Wilens et al. (2002), 74% dos pré-escolares referenciados por sintomas de PH/DA têm pelo menos um diagnóstico comórbido associado. Um resultado semelhante foi encontrado no maior estudo de tratamento da PH/DA em idade pré-escolar realizado até à data (nos EUA), o “Preschool ADHD Treatment Study” (PATS; Kollins et al., 2006), em que 69% dos pré-escolares com PH/DA moderada ou severa apresentaram comorbilidade com pelo menos outra perturbação (Posner et al., 2009). Em amostras da comunidade observa-se a mesma tendência: por exemplo, num estudo que recorreu à entrevista estruturada “Preschool Age Psychiatric Assessment” (PAPA) 64% das crianças com PH/DA apresentaram comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas (Egger & Angold, 2004). Dreyer (2006) conclui, após a revisão de vários estudos, que cerca de metade das crianças com PH/DA em idade pré-escolar tem pelo menos uma comorbilidade associada, e um terço tem duas ou mais.

Assim, parece existir risco elevado de comorbilidade com sintomas ansiosos, depressivos, e com défices ao nível do desenvolvimento, da interação, da comunicação e da linguagem (Posner et al., 2007). As perturbações internalizantes, apesar de estarem presentes, são menos frequentes comparativamente ao que acontece em idade escolar (Lavigne et al., 1996). De entre as comorbilidades mais comuns destacam-se os problemas de comportamento (Wilens et al., 2002; Egger et al., 2006b), especialmente a perturbação de oposição e desafio (PO) e a perturbação do comportamento (PC) (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Lavigne et al., 1996). Esta associação (elevada) manifesta-se tanto em amostras da comunidade, como clínicas (Gadow et al., 2001).

Sabe-se, também, que o aparecimento precoce dos sintomas de PH/DA é preditor de comorbilidades, nomeadamente da PO (Sonuga-Barke, Auerbach, Campbell, Daley, & Thompson, 2005). Por sua vez, a coocorrência de sintomas de PH/DA e de PO na idade pré-escolar é preditora da existência destas perturbações em idade escolar (Campbell et al., 2000).

A presença de hiperatividade no pré-escolar pode ter um **impacto significativo nos diferentes domínios do funcionamento da criança** (DuPaul, McGoey, Eckert, & VanBrakle, 2001; Lahey et al., 1998). Assim, mais do que a ausência ou presença dos sintomas de PH/DA, é a severidade do impacto destes no funcionamento da criança que deve contribuir para a elaboração do diagnóstico (Pelham, Chacko, & Wymbs, 2004).

Neste contexto, e no domínio psicossocial, é habitualmente descrito um leque variado de dificuldades ao nível das diferentes interações sociais (Lahey et al., 2004; Egger et al., 2006b), que se traduz em défices nos comportamentos pró-sociais (DuPaul et al., 2001) e numa maior dificuldade em cooperar com outros (Merrell & Wolfe, 1998), com implicações negativas na aceitação e gestão das amizades (Keown, 2006).

No estudo de Egger et al. (2006b), mais de metade dos pais das crianças com PH/DA expressaram dificuldades em lidar com os comportamentos dos seus filhos e interferência destes comportamentos nas atividades da vida familiar (e.g., ir a uma loja, restaurante, espaços públicos). As interações com os pais e outros familiares são normalmente descritas como problemáticas (Daley, Jones, Hutchings, & Thompson, 2009; Healey, Flory, Miller, & Halperin, 2011), criando-se um ciclo de interação negativa entre pais e filhos. Crianças “mais difíceis” e com dificuldades de autorregulação constituem um desafio acrescido para os pais e desencadeiam nestes uma resposta negativa e menor satisfação com a parentalidade (Keown, 2011). Por sua vez, práticas parentais caracterizadas por laxismo e reatividade elevada de alguns pais, muitas vezes também eles com características de PH/DA, não parecem contribuir de forma positiva para o desenvolvimento da autorregulação dos seus filhos (Harvey, Danforth, McKee, Ulaszcek, & Friedman, 2003). Esta resposta negativa e bidirecional acaba por exacerbar os comportamentos desafiadores e impulsivos da criança, estabelecendo-se uma interação entre pais e filhos pautada por uma escalada de comportamentos negativos (Patterson, 2002). Este tipo de interação contribui para o aumento dos níveis de stresse familiar o que, por sua vez, está associado à utilização de estratégias de *coping* desadaptativas (DuPaul et al., 2001), a práticas parentais disfuncionais (Cunningham & Boyle, 2002) e a problemas psicológicos dos membros da família (e.g., depressão materna, baixa satisfação conjugal, discórdia no casal) (Biederman et al., 1990; DeWolfe, et al., 2000).

Na escola, as interações das crianças com os agentes educativos encontram-se também comprometidas. No estudo comunitário da Universidade de Duke, de acordo com os resultados da entrevista PAPA, 15% dos pré-escolares com PH/DA já tinham sido suspensos do jardim de infância (JI) ou da creche e 8% das crianças com PH/DA tinham sido expulsas (Egger et al., 2006b). Os educadores dos pré-escolares com PH/DA reportam que estas crianças têm mais problemas internalizantes e sociais e colocam ao educador desafios acrescidos no controlo comportamental da sala do JI (Cunningham & Boyle, 2002).

Para além disso, no estudo de Lahey et al. (1998) o grupo de pré-escolares com PH/DA exibiu mais problemas ao nível académico e recebia mais apoio do ensino especial, em comparação com um grupo de controlo. Outros estudos caracterizam estas crianças como apresentando défices no funcionamento cognitivo, no desenvolvimento da linguagem e das competências fonológicas, na aquisição da leitura e matemática, na coordenação motora (e.g.,

Loningan et al., 1999) e nos pré-requisitos para a aprendizagem (e.g., DuPaul et al., 2001; Spira & Fischel, 2005).

No estudo PATS constatou-se que os pré-escolares com diagnóstico de PH/DA sofriam mais danos físicos, corriam mais riscos de segurança e manifestavam mais comportamentos que podiam colocar em risco a sua vida, comparativamente às crianças sem o diagnóstico (Posner et al., 2007). Lahey et al. (1998) referem ainda que as crianças com estas características revelam maior risco de envenenamento acidental e são sete vezes mais propensos a ter um acidente não intencional causado pelo seu comportamento impulsivo, enquanto os pré-escolares com PH/DA “situacional” são cinco vezes mais propensos (Lahey et al., 2004).

Em conclusão, o diagnóstico de hiperatividade/défice de atenção no pré-escolar partilha muitas das características que estão presentes em idade escolar, o que lhe confere suporte e validade. No entanto, pela heterogeneidade que lhe é característica (e.g., ao nível da etiologia, apresentação e evolução), mais do que uma categoria de diagnóstico discreta e qualitativamente diferente, a PH/DA é melhor entendida como o extremo de um contínuo de severidade dos sintomas (Sonuga-Barke & Halperin, 2010).

1.2 A Perspetiva da Psicopatologia do Desenvolvimento: Do Risco à Perturbação

De acordo com esta perspetiva, mais do que saber se os critérios de diagnóstico da PH/DA estão presentes ou ausentes, interessa identificar os fatores (e as interações entre eles) que contribuem para que se passe de uma situação de risco ao desenvolvimento de uma das múltiplas trajetórias da PH/DA (Campbell & von Stauffenberg, 2009; Sonuga-Barke et al., 2005). Assim, a conceptualização da PH/DA em idade pré-escolar à luz da psicopatologia do desenvolvimento permite-nos, por um lado, evitar o sobrediagnóstico em caso de manifestações transitórias da PH/DA e, por outro lado, o subdiagnóstico, uma vez que se continua a prestar atenção ao significado clínico dos sinais de hiperatividade e aos seus indicadores precoces (Sonuga-Barke & Halperin, 2010).

Diversas características da criança e do meio, presentes desde idades precoces, podem contribuir para uma trajetória de desenvolvimento da PH/DA (Sonuga-Barke et al., 2005).

Relativamente às características da criança, na revisão de Sonuga-Barke e colaboradores (2005) são identificados, como potenciais indicadores precoces de risco, a imaturidade neurodesenvolvimental, o elevado nível de atividade, a desregulação emocional, a reatividade elevada à estimulação do meio e um funcionamento cognitivo inferior. Alguns domínios do temperamento têm também sido apontados como marcadores comportamentais ou percursos de uma ou mais trajetórias da PH/DA (Nigg, Goldsmith, & Sachek, 2004). Assim, as dificuldades ao nível do controlo esforçado (uma das dimensões do temperamento que se refere à regulação

da atenção e ao controlo inibitório) têm sido frequentemente associadas às características comportamentais e neuropsicológicas dos pré-escolares com PH/DA (e.g., Nigg et al., 2004; Sonuga-Barke et al., 2002). Outros fatores, como a emocionalidade negativa e a cólera, frequentes em pré-escolares com PH/DA, não parecem, contudo, ser marcadores específicos dos problemas de atenção e hiperatividade, mas sim dos problemas externalizantes que coexistem com a PH/DA (Nigg et al., 2004). Por último, os défices neuropsicológicos relacionados com os domínios das funções executivas (e.g., inibição comportamental) e motivacional (e.g., aversão ao adiamento) estão associados à continuidade da PH/DA (Campbell & von Stauffenberg, 2009; Sonuga-Barke & Halperin, 2010).

Para além disso, a qualidade do ajustamento entre as características temperamentais da criança e o meio no qual está inserida torna-se especialmente relevante. Assim, certas características temperamentais, para além de funcionarem por si só como elemento preditor de psicopatologia, contribuem para um aumento do stresse e podem influenciar a responsividade parental e predispor a práticas educativas negativas (e.g., inconsistentes e restritivas) (Healey et al., 2011) que, por sua vez, podem agravar os problemas de comportamento e emocionais das crianças (para uma revisão ver Muris & Ollendick, 2005). Por conseguinte, o meio pode funcionar como fator moderador e mediador de uma trajetória de PH/DA, sobretudo quando existe comorbilidade com a perturbação do comportamento (Nigg et al., 2004).

No que concerne às características do meio, nomeadamente às variáveis familiares, o *coping* materno (e.g., práticas parentais negativas e inconsistentes), conjuntamente com níveis elevados de adversidade na família, são considerados alguns dos principais preditores para o aparecimento precoce, desenvolvimento e persistência da PH/DA (e.g., Greenhill et al., 2008; Posner et al., 2009). Para além dos fatores familiares (e.g., interações negativas pais-filhos, parentalidade negativa, psicopatologia parental), a entrada na escola pode funcionar como um fator potenciador de risco, uma vez que se caracteriza por um momento de transição importante, implica a introdução da criança num novo contexto, exigente e estruturado e pode, desta forma, contribuir para o agravamento dos sintomas de PH/DA (Sonuga-Barke & Halperin, 2010). Por último, outros fatores ambientais devem ser considerados na análise das trajetórias da PH/DA, como as complicações no parto, a prematuridade, o baixo peso à nascença, assim como o consumo de álcool, tabaco e a ingestão de aditivos alimentares durante a gravidez (Banerjee et al., 2007).

Para além dos indicadores precoces de risco descritos, a intensidade do impacto dos sintomas de PH/DA no funcionamento da criança desde uma idade precoce (Sonuga-Barke, Thompson, Stevenson, & Viney, 1997), assim como a severidade dos problemas comórbidos à PH/DA em idade pré-escolar (e.g., PO, PC), estão normalmente associadas à persistência de uma trajetória de PH/DA ao longo do tempo (Campbell et al., 2000).

Sonuga-Barke e colaboradores (2005), partindo de uma perspectiva desenvolvimentista e considerando a heterogeneidade característica da PH/DA, quer ao nível da sua apresentação, quer dos potenciais indicadores precoces de risco (multietiologias), propõem um modelo de conceptualização da PH/DA em idade pré-escolar de acordo com uma taxonomia composta por quatro fenótipos, alicerçados em quatro hipotéticas trajetórias. Os diferentes tipos de hiperatividade desenvolvimental são descritos da seguinte forma (Sonuga-Barke et al., 2005, p.145): i) Tipo I “Oposicionalidade emergente”: Subtipo associado a sinais precoces de hiperatividade (subclínica) e a risco reduzido de vir a desenvolver um quadro de PH/DA, apesar do risco para o desenvolvimento futuro de problemas de oposição. A parentalidade negativa e coercitiva funciona como fator moderador desta trajetória, acentuando a importância de incluir os pais na intervenção; ii) Tipo II “PH/DA de início tardio”: Subtipo associado a risco moderado para o desenvolvimento de PH/DA. Os sintomas precoces de PH/DA mantêm-se subclínicos durante a idade pré-escolar e exacerbam-se após a entrada na escola. Este subtipo pode não ser pervasivo e parece estar associado sobretudo a dificuldades escolares. Neste caso a intervenção deve incidir nos pais e na criança, sobretudo nos momentos de transição; iii) Tipo III “PH/DA limitada ao período pré-escolar”: Subtipo caracterizado por risco moderado a elevado de hiperatividade em idade pré-escolar e por aparecimento precoce de sintomas de PH/DA. A trajetória da problemática pode ser interrompida por características protetoras do ambiente social da criança (e.g., família, escola); iv) Tipo IV “PH/DA crónica de início precoce”: Subtipo caracterizado por risco elevado de desenvolvimento da PH/DA e sintomas severos de hiperatividade em idade pré-escolar, associados a características de temperamento explosivo. Desta combinação resulta o início precoce dos sintomas, sua evolução crónica e comorbilidade com comportamentos de oposição; o que pode requerer uma intervenção multimodal (e.g., comportamental e farmacológica).

Através do estudo dos indicadores precoces e das múltiplas trajetórias da PH/DA, poderemos responder de forma mais apropriada aos primeiros sinais da hiperatividade em idade pré-escolar e desenvolver respostas precoces, específicas e eficazes (Schmidt & Petermann, 2009; Sonuga-Barke & Halperin, 2010).

I.3 Implicações Clínicas e Desafios Futuros

Com a entrada na escola (1º ciclo) aumenta, habitualmente, a procura dos serviços de saúde mental (Lavigne et al., 2009). No entanto, muitas crianças referenciadas nesta fase já manifestavam problemas anteriormente (Wakschlag et al., 2007). Por conseguinte, o grande desafio reside no despiste e referenciação precoces, visando, sobretudo, a prevenção e redução dos problemas de comportamento, antes que estes se tornem mais difíceis de tratar (Lavigne et al., 2009). Assim, médicos de família, pediatras, psicólogos e pedopsiquiatras devem estar alerta para os primeiros sintomas de PH/DA e assegurar que estas crianças são avaliadas de uma forma compreensiva (Egger et al., 2006a), de acordo com uma perspetiva desenvolvimental, relacional e multidisciplinar (Bussing et al., 2006). O clínico deve recorrer a múltiplas fontes de informação (e.g., incluir outros informadores para além dos pais) (Daley et al., 2009) e a diferentes métodos de avaliação (observação direta do comportamento, questionários, entrevistas de diagnóstico, testes psicológicos), dando especial atenção aos défices associados (e.g., neuropsicológicos) (Sonuga-Barke & Halperin, 2010) e à interferência dos problemas nas diferentes áreas de funcionamento da criança (e.g., família, escola) (Pelham et al., 2004). Alguns exemplos de instrumentos (disponíveis em Portugal) são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Áreas a avaliar em idade pré-escolar (fatores de risco/indicadores precoces de PH/DA) e exemplos de instrumentos

	O que avaliar?	Como?
Criança	<p>Consumos maternos durante a gravidez (e.g., álcool, tabaco), prematuridade, complicações no parto, baixo peso à nascença, temperamento difícil, desregulação emocional, reatividade elevada à estimulação do meio, imaturidade neurodesenvolvimental; história de quedas e acidentes.</p> <p>Níveis elevados de atividade, impulsividade, desatenção.</p> <p>Coocorrência de problemas de comportamento e/ou outras comorbilidades.</p>	<p>Entrevista aos pais/cuidadores: História de desenvolvimento (desde a gravidez); História da saúde física e mental; História social e escolar.</p> <p>Entrevistas de diagnóstico (e.g., <i>Parental Account of Children's Symptoms</i> [PACS**]; Taylor, Schachar, Thorley & Wiselberg, 1986).</p> <p>Escalas de avaliação da PH/DA (e.g., Escala de Atividade Werry-Weiss-Peters [WWPAS**]; Routh, 1978).</p> <p>Escalas de avaliação de largo espectro (e.g., Escala de Comportamento para a Idade Pré-Escolar-2, para pais e educadores [ECIP-2***; Major, 2011; Merrell, 2002]; Inventário de Comportamento da Criança 1.5-5, para pais e educadores [CBCL****; Achenbach & Rescorla, 2000]).</p>
	<p>Funcionamento cognitivo inferior.</p> <p>Dificuldades na linguagem e nas competências fonológicas, na</p>	<p>Avaliação do Desenvolvimento e Inteligência (e.g., Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-escolar e Primária - Edição Revista [WPPSI-R***]; Wechsler, 2003); avaliação da</p>

	coordenação motora (pré-requisitos para a aprendizagem), em inibir o comportamento e em adiar a recompensa.	linguagem e dos pré-requisitos para a aprendizagem (e.g., Provas de diagnóstico pré-escolar [Pré-escolar**]; La Cruz, 1993); e avaliação das funções executivas (e.g., Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra [BANC***]; Simões et al., 2008).
Família	<p>Interferência dos sintomas da PH/DA nas atividades diárias da vida familiar (e.g., refeições, ir para a cama, compras, restaurantes).</p> <p>Funcionamento familiar (e.g., disfunção familiar, baixa satisfação conjugal).</p> <p>Interação pais-filhos negativa.</p> <p>Stresse parental; práticas educativas negativas (e.g., inconsistentes, restritivas); reduzida satisfação com a parentalidade; história de PH/DA num dos progenitores; problemas psicológicos (e.g., depressão materna).</p>	<p>Entrevistas de diagnóstico (e.g., PACS) e avaliação da interferência dos comportamentos nas diferentes áreas de funcionamento da criança (e.g., análise funcional).</p> <p>Entrevista aos pais/cuidadores (e.g., história familiar: relações e antecedentes psiquiátricos).</p> <p>Observação da interação mãe-criança (e.g., Sistema de Codificação da Interações Mãe/Pai-Criança [DPICS*]; Eyberg & Robinson, 1981).</p> <p>Escalas de avaliação (e.g., Índice de Stresse Parental [PSI***; Abidin & Santos, 2003]; Escala de Estilos Parentais** [Arnold, O'Leary, Wolff & Acker, 1993]; Escala de Sentido de Competência Parental [PSOC**; Johnston & Mash, 1989]; Escala de Avaliação da PH/DA em Adultos [AARS**; Barkley & Murphy, 1998]; Inventário da Depressão de Beck [BDI***; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973]).</p>
Escola	<p>Interferência dos sintomas de PH/DA na interação com pares, adultos e no desempenho das tarefas diárias em contexto escolar.</p> <p>Défice nos comportamentos pró-sociais (e.g., dificuldade em cooperar, partilhar); problemas de comportamento; dificuldades nos pré-requisitos para a aprendizagem.</p>	<p>Escalas de avaliação da PH/DA; escalas de avaliação de largo espetro (e.g., CBCL, ECIP-2); observação direta; avaliação dos pré-requisitos para a aprendizagem (e.g., Pré-escolar); entrevista com pais/cuidadores (e.g., história escolar).</p>

Nota: *Existe uma versão do instrumento em português; **Existem estudos do instrumento com amostras portuguesas; ***Aferido para a população portuguesa; ****Em processo de aferição para a população portuguesa.

Atualmente, esta deteção precoce é ainda mais importante, uma vez que existem tratamentos baseados em evidências direcionados para crianças pequenas. Estes nem sempre são consensuais pois podem incluir intervenções farmacológicas com estimulantes, além de intervenções psicológicas ou psicossociais (Kollins et al., 2006). Neste contexto, a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AACAP, 2007) é bem clara ao recomendar os programas comportamentais de intervenção parental como o tratamento de primeira linha para a PH/DA em idade pré-escolar, considerando que a medicação estimulante deve ser

iniciada somente nos casos das crianças mais severamente sintomáticas e após um ensaio falhado com terapia comportamental. O Quadro 2 sistematiza algumas das principais diretrizes práticas de atuação na PH/DA em idade pré-escolar

Quadro 2. Resumo das principais evidências científicas sobre a PH/DA em idade pré-escolar vs diretrizes práticas de atuação

O que já sabemos sobre este tópico?	O que podemos fazer?
Os sintomas de PH/DA podem manifestar-se tão precocemente como na idade pré-escolar.	Estar alerta para os primeiros sinais de PH/DA e para os indicadores precoces de risco. Rastrear os sintomas de PH/DA em consultas de rotina (e.g., centros de saúde, pediatras), sempre que exista uma suspeita.
Para algumas crianças, não todas, os sintomas de PH/DA mantêm-se estáveis ao longo do desenvolvimento.	Identificar precocemente os sintomas de PH/DA, que são inapropriados para o nível de desenvolvimento da criança, frequentes, severos, persistentes e que interferem de forma significativa nas diferentes áreas do seu funcionamento. Fazer uma avaliação compreensiva, com recurso a vários métodos e informadores. Rever o diagnóstico periodicamente (possui caráter provisório).
Os critérios do DSM parecem ser válidos no diagnóstico da PH/DA em idade pré-escolar.	Usar os critérios do DSM para realização do diagnóstico e caracterização da criança, tomando em consideração as limitações e os riscos de psicopatologização e sobrediagnóstico. Avaliar com precaução a dimensão hiperatividade/impulsividade, contextualizando-a no contexto desenvolvimental da criança, prestar sobretudo atenção à interferência dos sintomas no funcionamento da criança.
A comorbilidade com outros problemas é comum e elevada, especialmente com os problemas de comportamento.	Avaliar as comorbilidades. Intervir precocemente nos problemas comórbidos, nomeadamente nos problemas de comportamento (preditores da manutenção e severidade da PH/DA).
As intervenções comportamentais, nomeadamente o treino parental, são considerados tratamentos de 1ª linha na PH/DA em idade pré-escolar.	Intervir precocemente: oferecer um programa de intervenção parental empiricamente validado. Iniciar a terapia farmacológica somente nos casos das crianças mais severamente sintomáticas e após um ensaio falhado com terapia comportamental.
As intervenções parentais precoces podem funcionar como fator moderador e mediador de uma trajetória de PH/DA (interromper ou amenizar o curso negativo dos sintomas), sobretudo quando existe comorbilidade com outros problemas de comportamento.	Investir em políticas de prevenção e intervenção precoces: disponibilizar programas efetivos e acessíveis às famílias nos serviços de saúde e na comunidade.

Em relação aos estudos realizados até à data, os investigadores deparam-se com diversas questões metodológicas e conceituais por resolver. Com o objetivo de clarificar os critérios de diagnóstico clínico, os limiares da PH/DA em idade pré-escolar devem continuar a ser refinados e sistematicamente testados (e.g., replicação de estudos, amostras representativas e não clínicas), tomando em consideração o contexto de desenvolvimento da criança (o que são

comportamentos típicos e atípicos de cada fase do desenvolvimento) (Sonuga-Barke et al., 2006; Wakschlag et al., 2007). Wakschlag e colaboradores consideraram pertinente a adoção de um modelo conceptual da PH/DA em idade pré-escolar baseado em informação clínica, sensível às especificidades do desenvolvimento e que possa ser empiricamente testado. Espera-se também que o DSM-5⁵ possa contribuir para clarificar o diagnóstico de PH/DA em idade pré-escolar (Wakschlag et al., 2007). Assim, para ultrapassar algumas das limitações metodológicas existentes, os investigadores devem continuar: a realizar estudos epidemiológicos e de comorbilidade (Lavigne et al., 2009; Posner et al., 2009); a utilizar multimedidas (para multi-informadores) testadas, estandardizadas e especificamente desenvolvidas para a avaliação clínica de crianças pré-escolares (Wakschlag et al., 2007); a recorrer a metodologias de avaliação, baseadas em entrevistas de diagnóstico, que permitam a identificação de características clinicamente discriminativas de PH/DA no pré-escolar, complementadas por métodos de observação (Wakschlag et al., 2007); e a utilizar medidas de avaliação do impacto dos sintomas (Lahey et al., 2005; Pelham et al., 2004).

Em conclusão, as investigações futuras devem continuar o esforço de integração das ciências clínica e do desenvolvimento no estudo da PH/DA em idade pré-escolar (Wakschlag et al., 2007), quer através do estudo sistemático dos limiares clínicos da perturbação, quer através da caracterização das trajetórias de desenvolvimento da PH/DA e dos seus percursores. A realização de estudos longitudinais poderá vir a fornecer importantes contributos nesta área, nomeadamente: permitindo perceber se diferentes fenótipos clínicos da PH/DA, caracterizados por distintas comorbilidades, se traduzem em diferentes trajetórias desenvolvimentais (Nigg et al., 2004); testando a eficácia da intervenção precoce na alteração e prevenção de trajetórias desenvolvimentais disfuncionais (Sonuga-Barke & Halperin, 2010); avaliando que tipo de tratamento funciona melhor e com quem (Nigg et al., 2004; Posner et al., 2009); percebendo o papel dos pais na continuidade ou descontinuidade das trajetórias risco-perturbação (Sonuga-Barke et al., 2005); e identificando os fatores mediadores e moderadores implicados nas múltiplas trajetórias risco-perturbação (Sonuga-Barke & Halperin, 2010). Por último, o desenvolvimento de intervenções precoces eficazes e inovadoras, que atuem nos processos de manutenção da PH/DA e sejam capazes de alterar as trajetórias desviantes a longo prazo (Sonuga-Barke et al., 2011), constituirá, certamente, uma prioridade da investigação nos próximos anos.

⁵ O documento provisório da APA para o diagnóstico da PH/DA no DSM-5 (www.dsm5.org), não contempla considerações específicas para a idade pré-escolar, contudo algumas questões sobre a PH/DA pré-escolar foram discutidas pelo grupo de trabalho dos problemas externalizantes (e.g., duração sintomas; comportamentos inapropriados para o nível de desenvolvimento). Interessa perceber a atenção dada a estas questões na publicação do DSM-5 prevista para 2013.

Referências Bibliográficas

- Abidin, R., & Santos, S. (2003). Índice de Stress Parental – Manual. Lisboa: CEGOC.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2000). Manual for the ASEBA preschool forms and profiles: an integrated system of multi-informant assessment. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- American Academy of Child Adolescent Psychiatry (AACAP, 2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894-921. doi:10.1097/chi.0b013e318054e724
- American Academy of Pediatrics (AAP, 2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1-16. doi:10.1542/peds.2011-2654
- American Psychiatric Association (APA, 2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi. (Original publicado em 1994)
- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The parenting scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137-144. doi:10.1037/1040-3590.5.2.137
- Banaschewski, T., Becker, K., Scherag, S., Franke, B., & Coghill, D. (2010). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 237-257. doi:10.1007/s00787-010-0090-z
- Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*, 96(9), 1269-74. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00430
- Barkley, R. A. & Murphy, K. R. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Clinical Workbook*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, G.(1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Knee, D., & Tsuang, M. T. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 526-533. doi:10.1097/00004583-199007000-00004
- Bryne, J., Bawden, H., Beattie, T., & DeWolfe, N. (2000). Preschoolers classified as having ADHD: DSM-IV symptom endorsement pattern. *Journal of Child Neurology*, 15, 533-538. doi:10.1177/088307380001500807

- Bruchmüller, K., Margraf, J., & Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(1), 128-138. doi:10.1037/a0026582
- Bussing, R., Lehninger, F., & Eyberg, S. (2006). Difficult child temperament and attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children. *Infants & Young Children, 19*(2), 123-131. Retirado de <http://journals.lww.com/iyjournal/Abstract/2006>
- Campbell, S. B., & Ewing, L. J. (1990). Follow-up of hard-to-manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*, 871-889. doi: 10.1111/j.1469-7610.1990.tb00831.x
- Campbell, S.B., Shaw, D.S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology, 12*, 467-488. doi:10.1017/S0954579400003114
- Campbell, S.B., & von Stauffenberg, C. (2009). Delay and inhibition as early predictors of ADHD symptoms in third grade. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*, 1-15. doi:10.1007/s10802-008-9270-4
- Connor, D. F. (2002). Preschool attention deficit hyperactivity disorder: A review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 23*(15), 1-9. Retirado de <http://journals.lww.com/jrnldb/Fulltext>
- Cunningham, C. E., & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*(6), 555-569. doi:10.1023/A:1020855429085
- Daley, D., Jones, K., Hutchings, J., & Thompson, M. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children: current findings, recommended interventions and future directions. *Child: Care, Health and Development, 35*(6), 754-766. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00938
- DeWolfe, N. A., Byrne, J. M., & Bawden, H. N. (2000). ADHD in preschool children: Parent-rated psychosocial correlates. *Developmental Medicine and Child Neurology, 42*, 825-830. doi:10.1017/S0012162200001523
- Dreyer, B. P. (2006). The diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: The state of our knowledge and practice. *Current Problems in Paediatric Adolescent Health Care, 36*, 6-30. doi: 10.1016/j.cppeds.2005.10.001
- DuPaul, G., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 508-515. doi:10.1097/00004583-200105000-00009
- Egger H. E., & Angold, A. (2004). The preschool age psychiatric assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In R. DelCarmen-Wiggins & A.

- Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 223-243). New York, NY: Oxford University Press.
- Egger H. E., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioural disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 313-337. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01618
- Egger H. E., & Erkanli, A., Keeler, G., Potts, E., Walter, B., & Angold, A. (2006b). The test-retest reliability of the preschool age psychiatric assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(5), 538-549. doi:10.1097/01.chi.0000205705.71194.b8
- Egger, H. L., Kondo, D., & Angold, A. (2006a). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infant & Young Children*, *19*(2), 109-122. Retirado de <http://journals.lww.com/iycjournal>
- Eyberg, S. M., & Robinson, E.A. (1981). *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System*. Seattle, WA, USA: Parenting Clinic, University of Washington.
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, *44*, 951-958. doi:10.1016/S0006-3223(98)002406
- Gadow, K. D., Sprafkin, J., & Nolan, E. E. (2001). DSM-IV symptoms in community and clinic preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 1383-1392. doi:10.1097/00004583-200112000-00008
- Greenhill, L., Posner, K., Vaughan, B., & Kratochvil, C. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *17*, 347-366. doi:10.1016/j.chc.2007.11.004
- Harvey, E., Danforth, J. S., McKee, T. E., Ulaszek, W. R., & Friedman, J. L. (2003). Parenting of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): The role of parental ADHD symptomatology. *Journal of Attentional Disorders*, *7*, 31-42. doi:10.1177/108705470300700104
- Harvey, E., Youngwirth, S., Thakar, D., & Errazuriz, P. (2009). Predicting attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder from preschool diagnostic assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(2), 349-354. doi:10.1037/a0014638
- Healey, D., Flory, J., Miller, C., & Halperin, J. (2011). Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool children. *Infant and Child Development*, *20*, 148-161. doi:10.1002/icd.682
- Johnston, C., & Mash, E. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, *18*(2), 167-175. doi:10.1207/s15374424jccp1802_8
- Keenan, K., & Wakschlag, L. S. (2000). More than the terrible twos: The nature and severity of behavior problems in clinic referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*, 33-46. doi:10.1023/A:1005118000977

- Keown, L. J. (2006). Preschool boys with pervasive hyperactivity: Early peer functioning and mother-child relationship influences. *Social Development, 15*(1), 23-45. doi:10.1111/j.1467-9507.2006.00328
- Keown, L. J. (2011). Fathering and mothering of preschool boys with hyperactivity. *International Journal of Behavioral Development, 35*(2), 161-168. doi:10.1177/0165025410380982
- Kollins, S., Greenhill, L., Swanson, J., Wigal, S., Abikoff, H., McCracken, J., ... Bauzo, A. (2006). Rationale, design, and methods of the preschool ADHD treatment study (PATS). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*(11), 1275-1283. doi:10.1097/01.chi0000235074.86919.dc
- La Cruz, M. V. (1993). *Pré-Escolar: Provas de diagnóstico pré-escolar*. Lisboa: CEGOC.
- Lahey, B. B., Hartung, C. M., Loney, J., Pelham, W. E., Chronis, A. M., & Lee, S. (2007). Are there sex differences in the predictive validity of DSM-IV ADHD among younger children? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(2), 113-126. doi:10.1080/15374410701274066
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Kipp, H., Ehrhardt, A., Lee, S., ... Masetti, G. (2004). Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at a 4-6 years of age. *American Journal of Psychiatry, 161*(11), 2014-2020. Retirado de <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Lee, S., & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of General Psychiatry, 62*, 896-902. Retirado de <http://archgenpsychiatry.com>
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Stein, M. A., Loney, J., Trapani, C., Nugent, K., ... Baumann, B. (1998). Validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder for young children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*(7), 695-702. doi:10.1097/00004583-199807000-00008
- Lavigne, J. V., Gibbons, R. D., Christoffel, K. K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., ... Issacs, C. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 204-214. doi:10.1097/00004583-199602000-00014
- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Hopkins, J., Gouze, K. R., & Binns, H. J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-old. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 38*(3), 315-328. doi: 10.1080/15374410902851382
- Lonigan, C. J., Bloomfield, B. G., Anthony, J. L., Bacon, K. D., Phillips, B. M., & Samwel, C. S. (1999). Relations among emergent literacy skills, behaviour problems, and social competence in preschool children from low-and middle-income background. *Topic Early Child Special Education, 19*(1), 40-54. doi:10.1177/027112149901900104
- Major, S. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas*. Tese de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Merrell, K. W. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition*. Austin, TX: PRO-ED.
- Merrell, K. W., & Wolfe, T. M. (1998). The relationship of teacher-rated social skills deficits and ADHD characteristics among kindergarten-age children. *Psychology in the Schools, 35*, 101-109. doi:10.1002/(SICI)1520-6807(199804)35:2<101:AID-PITS1>3.0.CO;2-S
- Muris, P. & Ollendick, T. H. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review, 8*(4), 271-289. doi: 10.1007/s10567-005-8809-y
- Nigg, J. T., Goldsmith, H. H., & Sachek, J. (2004). Temperament and attention deficit hyperactivity disorder: The development of a multiple pathway model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 42-53. doi: 10.1207/S15374424JCCP3301_5
- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. In J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 25-44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pauli-Pott, U., & Becker, K. (2011). Neuropsychological basic deficits in preschoolers at risk for ADHD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*, 626-637. doi:10.1016/j.cpr.2011.02.005
- Pelham, W. E., Chacko, A., & Wymbs, B. T. (2004). Diagnostic and assessment issues of attention deficit/hyperactivity disorder in the young child. In R. DelCarmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 399-419). Oxford: Oxford University Press.
- Posner, K., Melvin, G. A., Murray, D. W., Gugga, S. S., Fisher, P., Skrobala, A., ... Greenhill, L. (2007). Clinical presentation of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: The preschoolers with attention-deficit/hyperactivity treatment study (PATS). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 17*(5), 547-562. doi:10.1089/cap.2007.007
- Posner, K., Pressman, A. W., & Greenhill, L. L. (2009). ADHD in preschool children. In T. E. Brown (Ed.), *ADHD comorbidities: ADHD complications in children and adults*, (pp. 37-55). Arlington: American Psychiatry Publishing.
- Routh, D. (1978). Hyperactivity. In P. Magrab (Ed.), *Psychological management of paediatric problems* (pp. 3-8). Baltimore, MD: University Park Press.
- Schmidt, S., & Petermann, F. (2009). Developmental psychopathology: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BioMedical Psychiatry, 9*(58). doi:10.1186/1471-244X-9-58
- Simões, M., Albuquerque, C., Pinho, S., Pereira, M., Seabra-Santos, M., Alberto, I., Lopes, A., Vilar, M., Gaspar, F. (2008). *Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC): Manual de Administração e cotação*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Sonuga-Barke, E., Auerbach, J., Campbell, S. B., Daley, D., & Thompson, M. (2005). Varieties of preschool hyperactivity: Multiple pathways from risk to disorder. *Developmental Science*, 8(2), 141-150. doi: 10.1111/j.1467-7687.2005.00401
- Sonuga-Barke, E., Dalen, L., Daley, D., & Remington, B. (2002). Are planning, working memory, and inhibition associated with individual differences in preschool ADHD symptoms? *Developmental Neuropsychology*, 2, 255-272. doi: 10.1207/S15326942DN2103_3
- Sonuga-Barke, E., & Halperin, J. (2010). Developmental phenotypes and causal pathways in attention/hyperactivity disorder: Potential targets for early intervention? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 368-389. doi:10.1111/j.1469 7610.2009.02195.x
- Sonuga-Barke, E., Koerting, J., Smith, E., McCann, D. & Thompson, M. (2011). Early detection and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(4), 557-563. doi:10.1586/ERN.11.39
- Sonuga-Barke, E., Thompson, M., Abikoff, H., Klein, R., & Brotman, L. M. (2006). Nonpharmacological interventions for preschoolers with ADHD. The case for specialized parent training. *Infants & Young Children*, 19(2), 142-153. Retirado de <http://journals.lww.com/iycjournal>
- Sonuga-Barke, E., Thompson, M., Stevenson, J., & Viney, D. (1997). Patterns of behaviour problems among preschool children. *Psychological Medicine*, 27, 909-918. doi: 10.1017/S003329179700529
- Spira, E. G., & Fischel, J. E. (2005). The impact of preschool inattention, hyperactivity, and impulsivity on social and academic development: A review. *Journal of Child Psychology*, 46(7), 755-773. doi:10.1111/j.469-7610.2005.01466
- Taylor, E., Döpfner, E., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., ... Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(1), 8-30. doi:10.1007/s00787-004-1002
- Taylor, E., Schachar, R., Thorley, G., & Wiselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity I: Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 146, 770-777. doi: 10.1192/bjp.149.6.760
- Vaz-Serra, A., & Abreu, P. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos I: Ensaio de aplicação do 'Inventário Depressivo de Beck' a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.
- von Stauffenberg, C., & Campbell, S. B. (2007). Predicting the early developmental course of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, 536-552. doi:10.1016/j.appdev.2007.06.011
- Wakschlag, L., Leventhal, B., & Thomas, J. M. (2007). Disruptive behavior disorders & ADHD in preschool children: Characterizing heterotypic continuities for a developmentally-informed nosology for DSM V. In W. E. Narrow, M. B. First, P. J. Sirovatka & D. A. Regier (Eds.), *Age and gender considerations in*

psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V (pp. 243-259). Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.

Wechsler, D. (2003). *Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-escolar e Primária – Edição Revista (WPPSI-R)*. Lisboa: CEGOC.

Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Monuteaux, M., Prince, J., & Spence, T. J. (2002). Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics, 23*, 531-537. doi: 0196-206X/00/2301S-0S31

Zito, J. M., Safer, D. J., dosReis, S., Gardner, J. F., Boles, M., & Lynch, F. (2000). Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *JAMA, 283*(8), 1025-1030. doi:10.1001/jama.283.8.1025

"I think I wanted to do more than 'observe' as an anthropologist (...) I wanted to be more of an active participant with families." (Webster-Stratton, Yale Nursing Matters, 2007, p. 24)

Capítulo 2

2. Intervenção Parental em Crianças Pré-escolares com sintomas de PH/DA: O Exemplo Específico do Programa Básico para Pais *Anos Incríveis*

Nos últimos anos têm surgido diversos estudos que avaliam a eficácia de intervenções psicossociais, nomeadamente da intervenção comportamental com pais (*Behavioral Parent Training*), em crianças de idade pré-escolar, com diagnóstico de PH/DA ou em risco de desenvolver esta patologia (e.g., ver Charach et al., 2011; Ghuman, Arnold, & Anthony, 2008; Murray, 2010; Rajwan, Chacko, & Moeller, 2012; Young & Amarasinghe, 2010 para uma revisão desses estudos).

Ao longo deste capítulo apresentaremos o programa de intervenção parental (IP) utilizado no estudo empírico conduzido no contexto da presente dissertação – o *Programa Básico para pais Anos Incríveis* (AI-Básico). Inicialmente, faremos uma breve revisão de alguns dos programas de intervenção parental mais utilizados e que têm sido testados em crianças pré-escolares com sintomas de PH/DA. Depois, descreveremos em detalhe o programa AI-Básico e justificaremos a escolha do mesmo. No final, abordaremos os ajustamentos que foram realizados ao protocolo de intervenção utilizado.

2.1 Intervenções Parentais na PH/DA em idade pré-escolar

A par com outras intervenções psicossociais (como a intervenção em sala de aula ou os programas comportamentais intensivos no verão) e farmacológicas (Wigal et al., 2006), a IP⁶ é uma das formas de intervenção comportamental recomendadas na PH/DA, sendo considerada um tratamento baseado em evidências científicas pela *American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice* (2006), com provas dadas da sua eficácia, ou seja a *'well-established treatment'* (ver Pelham & Fabiano, 2008, para uma revisão). Os estudos empíricos existentes sugerem a eficácia da intervenção parental em idade pré-escolar.

As limitações inerentes ao tratamento farmacológico da PH/DA em idade pré-escolar (Wigal et al. 2006), aliadas às preocupações dos pais (e.g., efeitos da medicação a longo prazo) e à controvérsia em torno do uso de medicação em crianças tão novas (Posner et al., 2009, Sonuga-Barke, Thompson, Abikoff, Klein, Brotman, 2006), reforçam a necessidade de termos tratamentos, não farmacológicos alternativos disponíveis, cuja eficácia tenha sido devidamente avaliada em idade pré-escolar (Daley, Jones, Hutchings, & Thompson, 2009). Dois estudos realizados entre o final da década de 90 e o início da década seguinte reforçaram a importância da intervenção com pais e da intervenção em idade pré-escolar: i. no *Multi-Modal Treatment Study of ADHD* (MTA Cooperative Group, 1999), com crianças em idade escolar, o tratamento

⁶ Ao longo deste texto utilizaremos a designação *intervenção parental* ou *programa para pais*, para nos referirmos ao *"parent training"*. A tradução portuguesa "treino parental" parece-nos redutora, tomando em consideração os objetivos destes programas, que ultrapassam o mero treino de competências dos pais, como veremos mais à frente neste capítulo.

farmacológico em combinação com um programa para pais foi considerada a modalidade de intervenção mais eficaz (e.g., reduziu os sintomas de oposição e os problemas de comportamento internalizantes, melhorou as interações pais-filhos); ii. contudo, no *Preschool ADHD Treatment Study* (PATS; Kollins et al., 2006) a intervenção farmacológica em idade pré-escolar revelou efeitos adversos superiores aos encontrados em idade escolar e menos consistentes na presença de comorbilidades, assim como taxas elevadas de interrupção do tratamento ao longo do tempo.

As intervenções comportamentais, nomeadamente os programas com pais, são recomendadas como tratamento de primeira linha em crianças de idade pré-escolar com diagnóstico de PH/DA ou em risco de desenvolver esta patologia, pela Associação Americana de Pediatria (AAP, 2011) e por outros organismos reguladores da prática clínica, como o Instituto Nacional de Saúde e Excelência (NICE, 2008) e a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AACAP, 2007). A medicação estimulante é sugerida somente nos casos de crianças severamente sintomáticas e após um ensaio falhado com terapia comportamental.

Atendendo ao caráter heterogêneo e multietiológico da PH/DA, a psicopatologia do desenvolvimento parece ser o modelo que melhor contribui para a conceptualização de diferentes fatores de risco e proteção envolvidos nas múltiplas trajetórias da PH/DA (Sonuga-Barke & Halperin, 2010). Esta abordagem baseia-se nos modelos ecológicos do desenvolvimento humano (Brofenbrenner, 1986), que contemplam diferentes domínios de risco e resiliência (e.g., biológico, familiar, escola/comunidade, contexto mais geral) que podem influenciar de forma positiva ou negativa a trajetória de desenvolvimento da criança (Homem, Gaspar, Seabra-Santos, Canavarro, & Azevedo, 2013); e na perspetiva dinâmica e transacional (Sameroff & Chandler, 1975), dos processos de interação bidirecional entre os genes e o meio (Deault, 2010). Estas trajetórias, do risco à perturbação, podem ser mediadas por diferentes processos e moderadas por diversos fatores, sendo que diferentes tipos de risco podem originar um mesmo resultado (equifinalidade) e o mesmo padrão de risco pode originar resultados diferenciados (multifinalidade) (Sonuga-Barke, & Halperin, 2010).

A PH/DA não é causada por características ou problemas familiares. Contudo, as investigações têm apontado alguns aspetos familiares e parentais como fatores de risco do meio associados a uma trajetória de PH/DA, sobretudo quando existe comorbilidade com outros problemas de comportamento (Johnston & Mash, 2001). De acordo com a hipótese da suscetibilidade diferencial de Belsky (1997), as crianças com temperamentos difíceis estão mais suscetíveis à influência da parentalidade negativa, sobretudo quanto ao risco de desenvolver problemas externalizantes. Crianças que manifestam sintomas iniciais de PH/DA, quer sejam categorizados de acordo com a DSM, ou enquanto dimensões do temperamento, colocam desafios acrescidos aos pais em diferentes fases do desenvolvimento (Johnson & Jassy, 2007).

De acordo com os modelos neuropsicológicos de Barkley (1998) de déficit nas funções executivas, estas crianças revelam dificuldade em planejar, dificuldades na memória de trabalho e em controlar o comportamento, na sequência de um déficit de inibição comportamental. Outro modelo, da autoria de Sonuga-Barke e colaboradores (2003), dito de “aversão ao adiamento”, revela que as crianças com sintomas de PH/DA manifestam dificuldade em esperar e agitação, devido a um determinado estilo motivacional que visa evitar o adiamento de recompensas. Os pais podem ter dificuldade em ler as pistas das crianças, em dar-lhes o suporte e orientação externa necessária para que elas desenvolvam as suas competências autorregulatórias. Assim, estas características comportamentais podem influenciar a responsividade parental e predispor a práticas parentais disfuncionais, baseadas na inconsistência e restrição (e.g., mais controladoras e negativas, Cunningham & Boyle, 2002; ou caracterizadas por laxismo, Keown & Woodward, 2002). Estas práticas, por sua vez, influenciam o desenvolvimento da regulação comportamental da criança e aumentam o risco de problemas de comportamento associados à PH/DA (Deault, 2010; Jonhson & Jassy, 2007). A interação recíproca e transacional entre os sintomas de PH/DA e os comportamentos dos pais (Sameroff & Chandler, 1975) contribuem para o desenvolvimento de ciclos de interação coercivos entre pais e filhos, que mantêm e potenciam os problemas de comportamento da criança (Patterson, DeGarmo, & Knutson, 2000) e, conseqüentemente, contribuem para um aumento dos níveis de stresse parental (Fisher, 1990). Com efeito, verifica-se que os problemas psicológicos nos pais de crianças com PH/DA são mais prevalentes que na população geral. Nomeadamente, as mães reportam taxas mais elevadas de sintomas depressivos e de PH/DA (Thompson et al., 2009), culpa e isolamento social (Johnston & Mash, 2001) e menor sentido de competência parental (e.g., Cunningham & Boyle, 2002). Outras situações negativas podem estar presentes, como a baixa satisfação conjugal e discórdia no casal (Campbell, 1994; Campbell & Ewing, 1990).

A compreensão sobre a forma como as abordagens parentais e as interações entre os diferentes fatores de risco podem alterar o curso das trajetórias desenvolvimentais a longo prazo está ainda numa fase preliminar (Sonuga-Barke & Halperin, 2010). Contudo, o racional acima apresentado reforça a importância de envolver os pais nas intervenções, sobretudo em idade precoce (Young & Amarasinghe, 2010).

A intervenção parental é uma forma indireta de intervir na criança através dos pais e de reduzir os sintomas de PH/DA e os problemas de comportamento. Atua sobretudo em áreas de funcionamento associadas à PH/DA (e.g., interação pais-filhos) e pode minimizar o impacto negativo desta na criança e na família, a curto e a longo-prazo (Jonhston & Jassy, 2007). De uma forma geral, visa criar as condições necessárias para que os pais possam modificar e potenciar as suas competências e estratégias parentais, de forma a melhorar as interações pais-filhos (Healey, Flory, Miller, & Halperin, 2011) e a lidar com os problemas de comportamento da

criança. Estas intervenções baseiam-se nos princípios da aprendizagem social e do condicionamento operante, destacando-se entre os seus principais objetivos: ajudar os pais a identificar e a modificar os antecedentes (e.g., através de regras, ordens) e as consequências dos comportamentos da criança (e.g., usando reforços); ajudar os pais a identificar e a monitorizar os comportamentos alvo (e.g., ser agressivo, persistir na tarefa); promover nos pais a atenção positiva, o reforço e o elogio dos comportamentos pró-sociais das crianças; e trabalhar com os pais estratégias de diminuição dos comportamentos negativos através de estratégias não coercivas (e.g., Murray, 2010; Rajwan et al., 2012). Estes programas trazem muitas vezes outros benefícios para os pais, como o aumento do conhecimento destes sobre a PH/DA (psicoeducação) e do sentido de competência parental, a diminuição dos sintomas depressivos e do isolamento social, e a redução do stresse parental (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs, & Pelham, 2004).

Estes programas são normalmente estruturados, aplicados em formato individual ou em grupo; aos pais/cuidadores ou associados a uma intervenção direta com a criança; em diferentes contextos (e.g., clínica, escola, casa); como único tratamento ou fazendo parte de uma intervenção multimodal; e têm normalmente, uma duração aproximada de 8 a 20 sessões (Rajwan et al, 2012; Ghuman et al., 2008).

Descrevemos, em seguida, de forma breve, alguns dos principais programas para pais que têm sido utilizados e testados com crianças com comportamentos de hiperatividade, impulsividade, falta de atenção ou com o diagnóstico completo de PH/DA (e.g., Matos, Bauermeister, & Bernal, 2009; Sonuga-Barke, Daley, Thompson, Laver-Bradbury, & Weeks, 2001; Webster-Stratton, Reid, & Beauchaine, 2011). Apenas um dos programas apresentados foi especificamente construído para crianças com sintomas de PH/DA (o *New Forest Parent Programme*).

2.1.1 Triple P Positive Parenting Programme (Triple-P)

O Triple-P foi desenvolvido por Sanders (1999) e tem sido amplamente estudado nos problemas de comportamento. Consiste num programa de IP clássico, baseado nas teorias da aprendizagem social. Foi desenhado com o objetivo de promover as competências da criança e o seu desenvolvimento (e.g., atenção, elogio, afeto físico), através de estratégias parentais eficazes para lidar com os comportamentos disruptivos (e.g., estabelecimento de regras, tempo de pausa). Para aumentar a generalização e a manutenção das estratégias parentais ao longo do tempo, são trabalhadas durante a IP as capacidades de planeamento, as rotinas e a tomada de decisão dos pais. O programa é aplicado individualmente a cada família ao longo de 10 a 12 sessões, sendo os pais convidados a levar os seus filhos a algumas sessões para praticarem as

estratégias desenvolvidas. O modelamento e o *role-play* são as principais metodologias utilizadas. Para além desta versão do programa (*Standard Behavioural Family Intervention*), existe outra (*Enhanced Behavioural Family Intervention*), que inclui as estratégias descritas e adiciona outros componentes (10 sessões) relacionados com o suporte entre parceiros e com estratégias de *coping*.

O Triple-P foi testado numa amostra da comunidade de 87 pré-escolares (entre os 3 e os 4 anos) de meio socioeconómico desfavorecido, com comportamentos de hiperatividade/desatenção e oposição/desafio (Bor, Sanders, & Markie-Dadds, 2002). Os resultados revelaram reduções significativas nos comportamentos disruptivos das crianças, inclusive nos comportamentos de hiperatividade e desatenção em ambas as versões do programa, comparativamente à lista de espera. Foram também demonstradas melhorias em medidas que avaliam o sentido de competência parental. Estes ganhos mantinham-se um ano após a intervenção.

2.1.2 Parent Child Interaction Therapy (PCIT)

A PCIT foi desenvolvida por Eyberg et al. (1995) e considerada uma intervenção eficaz e com evidências científicas de eficácia para crianças com problemas de comportamento (Brestan & Eyberg, 1998). Em contraste com as abordagens clássicas da IP, para além das teorias comportamentais este programa fundamenta-se nas teorias do desenvolvimento, focando-se essencialmente na interação entre os pais e os filhos. Consiste num método mais intensivo, uma vez que a mudança comportamental nos pais ocorre em dois tempos: através do *feedback* direto do terapeuta sobre a forma como os pais interagem com as crianças; e através de *coaching* ao vivo durante a aplicação das estratégias com as crianças. O programa é aplicado individualmente, a cada díade, ao longo de 10 a 20 sessões.

Numa revisão da literatura conduzida por Gallagher (2003) foram identificados alguns estudos com o programa PCIT que incluíram pré-escolares com PH/DA, cujos resultados indicam: i. melhorias nos sintomas de hiperatividade relatados pelos pais, que se mantiveram ao longo de 2 anos; e ii. sintomas de PH/DA reportados pelos professores dentro do intervalo normativo e melhoria do tempo da criança em tarefa, até 1 ano após a intervenção (Eyberg et al., 2001; Funderburk, et al., 1998; McNeil, Eyberg, Eisenstadt, Newcomb, & Funderburk, 1991; Strayhorn & Weidman, 1989).

O estudo de Matos e colaboradores (2009) com o PCIT numa amostra de 32 crianças pré-escolares (entre os 4 e os 6 anos) Porto-riquenhos com o diagnóstico de PH/DA revelou, numa amostra culturalmente diferente, resultados semelhantes aos encontrados em amostras de crianças com problemas disruptivos do comportamento. No pós-tratamento as mães do

grupo de intervenção, comparativamente às do grupo de controlo, reportaram uma redução significativa de sintomas de hiperatividade, desatenção e oposição/desafio nas crianças, menor stresse parental e um aumento do uso de práticas parentais adequadas. Os ganhos eram mantidos no *follow-up* de 3 meses e meio.

2.1.3 New Forest Parenting Programme (NFPP)

O NFPP foi desenvolvido por Weeks, Thompson e Laver-Bradbury (1999) para intervir nos sintomas nucleares da PH/DA. Tal como o PCIT, inclui aspetos desenvolvimentais e da interação pais-filhos que o distinguem das intervenções parentais tradicionais. Assim, inclui 4 componentes-chave: a psicoeducação; a interação pais-filhos, que compreende o brincar, as estratégias de parentalidade positiva e o incremento das competências de linguagem da criança como forma de promover a sua autorregulação emocional; o treino comportamental para o estabelecimento efetivo de limites e gestão dos comportamentos de PH/DA; e o treino da atenção para ajudar os pais a melhorar as competências atencionais dos seus filhos. O programa é aplicado individualmente em contexto familiar ao longo de 8 sessões semanais.

Em 2001, Sonuga-Barke e colaboradores testaram o NFPP numa amostra de 78 crianças pré-escolares da comunidade (com 3 anos de idade) com o diagnóstico de PH/DA, em comparação com uma lista de espera e com uma outra condição de aconselhamento/suporte parental. Os resultados mostraram um decréscimo significativo nos sintomas de PH/DA medidos através de questionários, entrevista clínica e observação do comportamento da criança em tarefa, assim como um incremento significativo do bem-estar materno apenas na condição NFPP, em comparação com as outras duas condições. Os efeitos desta intervenção parental foram considerados clinicamente significativos e mantiveram-se 15 semanas após o tratamento. Outro estudo controlado de Thompson et al. (2009), com uma versão revista do NFPP, numa amostra de 41 crianças pré-escolares com PH/DA (com uma média de idades de 4 anos) demonstrou efeitos significativos do programa na redução dos sintomas de PH/DA das crianças, efeitos menos marcados nos sintomas de oposição, e ausência de melhorias significativas no bem-estar das mães e nos comportamentos dos pais durante uma tarefa de interação mãe-filho, ainda que se tenha constatado um decréscimo dos comentários negativos (e.g., críticas) e um aumento dos comentários maternos positivos (e.g., elogios) nas situações de interação gravadas em vídeo. Os efeitos mantinham-se 9 semanas após o tratamento.

2.1.4 *Incredible Years Programmes (Anos Incríveis; AI)*

Os AI foram desenvolvidos por Webster-Stratton (2001) e constituem uma intervenção multimodal que envolve programas para pais, educadores e para a criança. Afastam-se das IP clássicas, uma vez que implicam uma abordagem colaborativa, adaptada às características desenvolvimentais das crianças e famílias, centrada na promoção de interações pais-filhos positivas (O'Connor, Matias, Futh, Tantam, & Scott, 2013), através de uma metodologia baseada no modelamento por vídeo e na prática de estratégias com base na dinamização de *role-plays* na sessão. Para além disso, ao contrário dos programas anteriores, permite uma intervenção em diferentes contextos (holística e sistémica) e em grupo. O programa AI para pais e os seus estudos de eficácia com crianças com características de PH/DA serão apresentados de forma detalhada mais à frente neste capítulo.

Outros programas de intervenção parental foram testados em amostras de crianças de idade pré-escolar com sintomas de PH/DA: Pisterman e colaboradores (1989, 1992) usaram uma adaptação do *Helping the Noncompliant Child* (Forehand & McMahon, 1981) e do *Barkley's Hyperactive Children* (Barkley, 1981); o *Community Parent Education* (COPE; Cunningham, Bremner, & Secord-Gilbert, 1998) foi usado por Kern e colaboradores (2007) e no PATS (Kollins et al., 2006); e recentemente Herbert e colaboradores (2013) testaram o *Parenting Your Hyperactive Preschooler* (Harvey, Herbert, & Stowe, 2010, cit. por Herbert et al., 2013), um programa desenhado para crianças com PH/DA que inclui um componente específico de treino de estratégias emocionais e sociais.

2.1.5 *Estudos de eficácia: Principais conclusões*

Os programas para pais foram originariamente desenvolvidos para os problemas de comportamento e agressividade (Brestan & Eyberg, 1998). No entanto uma grande parte das crianças que apresentam tais problemas tem, igualmente, sintomas de PH/DA associados. Apesar de muitos destes programas não terem sido especificamente construídos para os problemas de hiperatividade, quando se analisam os efeitos das IP em amostras de crianças em idade pré-escolar com sintomas de PH/DA os resultados dos estudos sugerem: i. uma diminuição nos problemas de comportamento (e.g., desobediência, agressividade, oposição) reportados pelos pais (e.g., Bor et al., 2002; Herbert et al. 2013; Jones, Daley, Hutchings, Bywater, & Eames, 2007; Matos et al. 2009; Pisterman et al., 1989; Sonuga-Barke et al. 2001; Thompson et al. 2009); ii. uma redução dos sintomas de PH/DA reportados pelos pais (e.g., Herbert et al., 2013; Jones et al., 2007; Matos et al., 2009; Sonuga-Barke et al., 2001; Thompson

et al., 2009) ou diretamente observados, apenas em alguns estudos (e.g., Sonuga-Barke et al., 2001); iii. uma melhoria clinicamente significativa na maior parte das crianças, mas não em todas (e.g., Bor et al., 2002; Jones et al., 2007; Matos et al., 2009; Sonuga-Barke et al., 2001); iv. um incremento das práticas parentais e do sentido de competência parental (e.g., Bor et al., 2002; Herbert et al. 2013; Jones et al. 2007; Matos et al. 2009; Pisterman et al., 1989); v. uma melhoria da saúde mental dos pais, apenas em alguns estudos (e.g., Sonuga-Barke et al., 2001); vi. a manutenção dos efeitos da intervenção ao longo do tempo (e.g., 12 meses após a intervenção – Bor et al., 2002; Jones, Daley, Hutchings, Bywater, & Eames, 2008; Pisterman et al., 1992; 9 e 15 semanas após a intervenção – Thomson et al., 2009; Sonuga-Barke et al., 2001; 3 meses e meio após a intervenção – Matos et al., 2009). As principais características e resultados destes estudos encontram-se sintetizados no Quadro 3.

Noutros estudos, a IP aparece como um dos componentes de uma intervenção multimodal, em simultâneo com uma intervenção com educadores/professores (e.g., Kern et al., 2007; McGoey, DuPaul, Eckert, Volpe, & Van Brackle, 2005), ou em conjunto com uma intervenção diretamente focada na criança (Webster-Stratton, Reid, & Beauchaine, 2011). Após uma intervenção multimodal observam-se igualmente benefícios nos diferentes contextos-alvo da intervenção. O estudo de Barkley e colaboradores (2000) constitui uma exceção neste domínio, uma vez que neste não foi observado impacto significativo da intervenção nos problemas disruptivos da criança, de acordo com a perceção dos pais. Contudo, os resultados deste estudo parecem estar associados a uma taxa reduzida de participação e adesão dos pais à intervenção (Rajwan et al., 2012).

Quadro 3. Exemplos de estudos controlados com programas de intervenção parental em amostras de crianças de idade pré-escolar com sintomas de PH/DA

Estudos publicados: autores	Participantes	Idades	Contexto	Tipo de Intervenção	Desenho do Estudo	Principais Resultados
Só com intervenção parental						
Pisterman et al., 1989	57 crianças com diagnóstico de PH/DA	3-6	Clínica	IP adaptado de Forehand e McMahon (1981) e Barkley (1981): 10 sessões de grupo para pais + 2 sessões com pais e criança	Estudo com distribuição aleatória por 2 grupos: intervenção imediata (GE) e intervenção não imediata (GC)	↑ Obediência da criança às ordens dos pais - Sem efeitos significativos nos sintomas de PH/DA ↑ Estilo parental na interação
1992	45 crianças continuaram no estudo					Efeitos mantiveram-se aos 3 meses de FU
Sonuga-Barke et al., 2001	78 crianças com diagnóstico de PH/DA	3	Casa	<i>New Forest Parenting Programme</i> : 8 sessões de IP individual em casa	Estudo com distribuição aleatória por 3 grupos: IP; aconselhamento/ suporte parental; e lista de espera	↓ Sintomas de PH/DA reportados pelas mães e observados na criança (IP vs outras condições) ↑ Bem-estar materno (IP vs outras condições) Efeitos mantiveram-se às 15 semanas FU
Bor et al., 2002	87 crianças com sintomas de PC e de PH/DA	3-4	Locais na Comunidade	<i>Triple P</i> , versão <i>Standard</i> (10 sessões de 60 minutos) e versão <i>Enhanced</i> (12 sessões de 90 minutos)	Estudo com distribuição aleatória por 3 grupos: IP <i>Standard</i> , IP <i>Enhanced</i> e lista de espera	↓ Sintomas disruptivos e de PH/DA reportados pelas mães (IP vs lista de espera) ↑ Sentido de competência parental (IP vs lista de espera) Efeitos mantiveram-se aos 12 meses de FU
Jones et al., 2007	79 crianças com sinais precoces de PH/DA e PC	3-4	Escola	Programa Básico para pais <i>Anos Incríveis</i> : 12 sessões em grupo	Estudo com distribuição aleatória por 2 grupos: intervenção (GE) e lista de espera (GC)	↓ Sintomas de PH/DA reportados pelas mães
2008	50 crianças do GE					Efeitos mantiveram-se aos 12 e 18 meses de FU

Matos et al., 2009	32 crianças com diagnóstico de PH/DA	4-6	Clínica	<i>Parent Child Interaction Therapy</i> : 2 sessões iniciais de psicoeducação e no máximo 18 sessões de IP	Estudo com distribuição aleatória por 2 grupos: intervenção (GE) e lista de espera (GC)	<p>↓ Sintomas de hiperatividade, desatenção e oposição/desafio</p> <p>↓ Stresse parental</p> <p>- Sem efeitos significativos nos sintomas depressivos maternos</p> <p>↑ Práticas parentais adequadas</p> <p>Efeitos mantiveram-se aos 3 meses e meio de FU</p>
Thompson et al., 2009	41 crianças com o diagnóstico de PH/DA	2.5-6	Casa	Versão revista do <i>New Forest Parenting Programme</i> : 8 sessões de IP individual em casa	Estudo com distribuição aleatória por 2 grupos: IP; tratamento “ <i>às usual</i> ”	<p>↓ Sintomas de PH/DA das crianças</p> <p>↑ Melhorias menos marcadas nos sintomas de oposição/desafio</p> <p>↓ Comentários negativos observados na mãe em situação de interação com a criança</p> <p>↑ Comentários positivos observados na mãe;</p> <p>- Sem efeitos significativos na saúde mental materna e nas competências parentais</p>
Herbert et al., 2013	31 crianças com sintomas de hiperatividade e impulsividade	2.5-6	Clínica	<i>Parenting Your Hyperactive Preschooler</i> : 14 sessões em grupo	Estudo com distribuição aleatória por 2 grupos: intervenção (GE) e lista de espera (GC)	<p>↓ Sintomas de hiperatividade, desatenção, oposição e desafio, labilidade emocional relatados pelos pais</p> <p>↓ Práticas parentais caracterizadas por reduzido suporte socioemocional (autorrelato dos pais)</p> <p>↑ Estratégias parentais positivas observadas na mãe</p> <p>↓ Estratégias parentais negativas observadas na mãe</p> <p>↓ Práticas parentais caracterizadas por verbosidade (autorrelato das mães)</p>

Notas: IP Intervenção parental; GE Grupo experimental; GC Grupo controlo; FU Follow-up; PC Problemas de comportamento (oposição/desafio); ↑ Aumento ou melhoria ↓ Diminuição ou decréscimo

Apesar de os estudos existentes serem limitados (Young & Amarasinghe, 2010), podemos verificar que atualmente existem algumas evidências científicas da eficácia a curto-prazo dos programas para pais de crianças em idade pré-escolar com sintomas de PH/DA (Charach et al., 2011).

O facto de alguns estudos evidenciarem resultados contraditórios, associado à variabilidade dos desenhos e metodologias usadas, dificulta a comparação e interpretação dos resultados (Ghuman et al., 2008). No entanto, podemos concluir que os efeitos de intervenções parentais parecem menos evidentes e mais ambíguos no que concerne aos sintomas nucleares da PH/DA (Sonuga-Barke et al., 2013b), apesar de consistentes em relação aos benefícios nas práticas parentais, no sentido de competência parental e na redução dos problemas de oposição/desafio da criança, o que parece traduzir-se numa diminuição do impacto dos sintomas de PH/DA nas áreas funcionamento da criança alvo da intervenção. A generalização dos efeitos do tratamento desses domínios para outras áreas de funcionamento da criança (e.g., dos problemas de comportamento para as competências académicas); ou do contexto alvo da intervenção para outros (e.g., da família para a escola) necessita de evidência adicional (Rajwan et al., 2012). As características da criança e dos pais que os levam a beneficiar das IP, ou seja, os eventuais fatores moderadores das intervenções continuam ainda por esclarecer (Daley et al., 2009; Sonuga-Barke, Koerting, Smith, McCann, & Thompson, 2011). No entanto, níveis elevados de sintomas de PH/DA nas mães foram, após a IP, associados a menores efeitos desta nos sintomas de PH/DA das crianças e nas variáveis que avaliam o bem-estar das mães (Sonuga-Barke, Daley, & Thompson, 2002). Estes dados sugerem que a melhoria dos sintomas dos pais pode reforçar o efeito dos resultados da intervenção nos filhos (Daley et al., 2009; Sonuga-Barke & Halperin, 2010).

Os potenciais benefícios dos programas para pais nas trajetórias desenvolvimentais da criança (Sonuga-Barke et al., 2011) e a manutenção dos efeitos a longo-prazo devem ser esclarecidos através da condução de estudos com *follow-ups* longos. As fragilidades metodológicas de alguns apontam para a necessidade de realizar estudos controlados, com instrumentos e critérios de inclusão semelhantes, que permitam a comparação entre investigações e entre diferentes tipos de tratamento (e.g., farmacológico vs comportamental) ou modalidades de intervenção (e.g., individual vs grupo) em simultâneo. Estes estudos são fundamentais, na medida em que podem ajudar a definir o papel das IP no âmbito da PH/DA em idade pré-escolar (e.g., IP só vs IP numa intervenção multimodal) (Murray, 2010). Na mesma linha de raciocínio, a inclusão de diferentes informadores e de medidas diretas, nomeadamente de informadores “cegos”, presumivelmente não enviesados, poderá contribuir para uma avaliação mais fidedigna e esclarecedora dos efeitos e benefícios das IP (Sonuga-Barke et al.,

2013). Por fim, como normalmente as IP são aplicadas através de programas constituídos por diferentes componentes, será importante, no futuro, perceber quais os ingredientes ativos destes programas, isto é, aqueles que efetivamente contribuem para a mudança (McGoey et al., 2005; Murray, 2010).

Apesar de o impacto das IP nas trajetórias desenvolvimentais da PH/DA ser ainda pouco conhecido, não foram até à data relatados efeitos secundários de tais intervenções para a criança ou para a família, pelo que qualquer criança que manifeste sintomas de PH/DA poderá beneficiar com uma IP empiricamente validada como intervenção de primeira linha. O nosso estudo visa contribuir de uma forma preliminar para “abrir” esse caminho em Portugal, através da implementação e avaliação da eficácia de um programa de IP numa amostra de crianças pré-escolares com comportamentos característicos de PH/DA, com frequência associados a outros problemas de comportamento.

2.2 O Programa Básico para Pais *Anos Incríveis* (AI-Básico)

2.2.1 Descrição Geral do Programa: *Objetivos e Conteúdos*

O programa Básico para Pais *Incredible Years* (IY), em Português *Anos Incríveis* (AI), faz parte de uma série de versões equivalentes (cf. Figura 1) para pais, educadores/professores e crianças (The Incredible Years® Series; www.incredibleyears.com) de programas baseadas em evidências (Webster-Stratton, 2011) e desenvolvidos desde há mais de 30 anos pela Professora Carolyn Webster-Stratton, em Seattle nos EUA (Webster-Stratton, 1981; Webster-Stratton, 1982a). Estes programas, inicialmente construídos com o objetivo de prevenir e intervir nos múltiplos fatores de risco envolvidos no início precoce dos problemas de comportamento em diferentes contextos e de aumentar os fatores protetores, têm sido alvo de revisões ao longo dos anos (Webster-Stratton, 2011). A série de programas *Anos Incríveis* consiste numa resposta integrada e adaptada às necessidades culturais e desenvolvimentais das crianças em diferentes faixas etárias (do nascimento até aos 12 anos de idade), através de uma abordagem compreensiva e multimodal, quer ao nível da prevenção, quer do tratamento (Webster-Stratton & Reid, 2010; Webster-Stratton, Gaspar, & Seabra-Santos, 2012).

Os programas para pais incluem, para além do programa Básico, um programa Avançado (focado em fatores interpessoais dos pais como a depressão, a discórdia no casal, a comunicação, o autocontrolo e o stresse, a capacidade de resolver problemas e de ter suporte) e um programa de Prontidão Escolar (*School Readiness Program*; focado nas competências de pré-literacia, linguagem e de regulação socioemocional das crianças). Uma versão breve do programa para aplicação universal, “Pais Atentos” (*Attentive Parenting Training*; focado na

promoção de competências socioemocionais e acadêmicas da criança) encontra-se recentemente disponível.

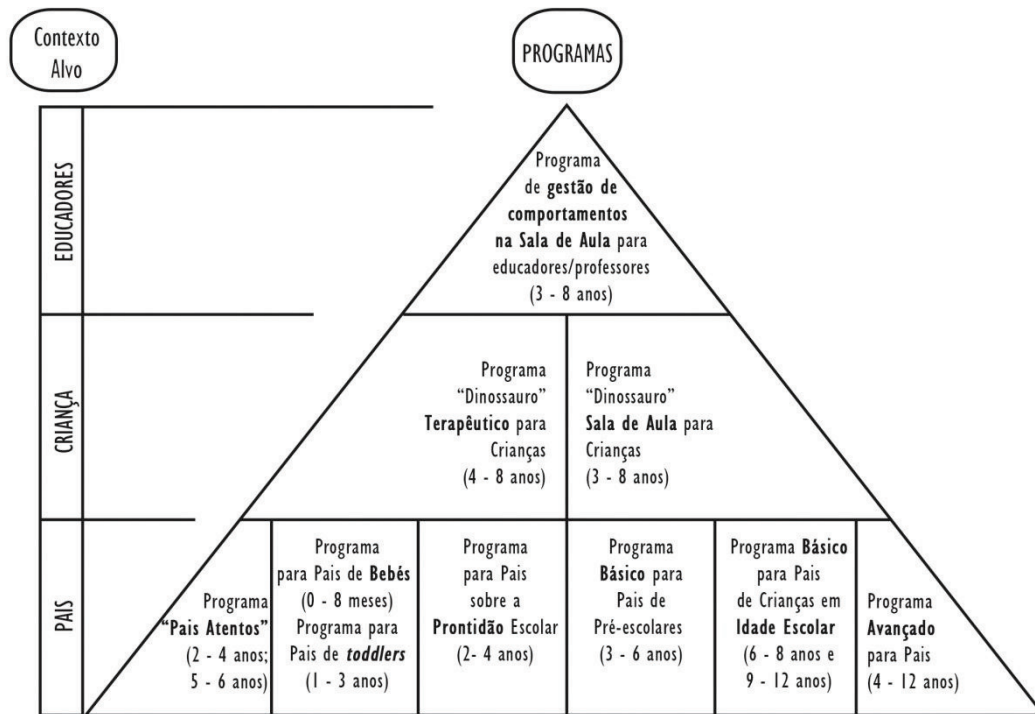


Figura 1. A série de Programas Anos Incríveis

A complementaridade existente entre os diferentes programas permite que, à medida que o risco social e clínico aumentem, um maior número de contextos sejam alvo de intervenção (e.g., pais, escola e criança) e outros componentes sejam integrados no protocolo de intervenção (e.g., programa Básico para Pais e Avançado), que se pode estender por períodos de tempo diferentes (Webster-Stratton, 2011).

Os componentes e métodos que integram os programas parentais baseiam-se nos modelos cognitivos e comportamentais da aprendizagem social, da autoeficácia e do modelamento de Bandura (1977) e na hipótese do círculo coercivo dos comportamentos/interações entre pais e filhos de Patterson (Patterson, Reid, & Dishion, 1992); nos modelos de estabelecimento de relações próximas e de vinculação de Bowlby (1980) e Ainsworth (1974); e nas teorias do desenvolvimento cognitivo de Piaget (Piaget, 1988).

Originariamente desenvolvido para crianças entre os 2 e os 7 anos de idade, o programa Básico para pais foi posteriormente revisto em 2008 (Webster-Stratton & Reid, 2010) e está atualmente segmentado em quatro programas para pais: o programa para bebês (0-1 ano); o programa para *toddlers* (1-3 anos); o programa para pré-escolares (3-6 anos); e o programa

para crianças em idade escolar (6-12 anos). Neste capítulo, debruçar-nos-emos sobre o programa Básico para pais (Webster-Stratton, 2001), aplicado a crianças em idade pré-escolar.

Na sua versão mais recente (posterior a 2008) o programa AI é normalmente aplicado em grupo (8 a 12 pais), ao longo de 18 a 20 sessões semanais (com uma duração aproximada de 2 horas), lideradas por dois facilitadores com formação certificada no programa (Webster-Stratton & Reid, 2010). Pode também ser utilizado numa versão reduzida de 14 a 16 sessões, como programa de prevenção em populações de baixo risco (Webster-Stratton, 2011). A versão anterior do programa (anterior a 2008), mais curta, estendia-se entre 12 a 14 sessões semanais (Webster-Stratton, 2001). O programa pode ser implementado em contextos da comunidade (e.g., pré-escolas, escolas, igrejas, centros comunitários, associações, centros de saúde) e em contextos clínicos (e.g., hospitais e clínicas pediátricas, unidades de saúde mental, centros privados de intervenção terapêutica) (Webster-Stratton, 2011).

De uma forma geral, através da implementação do programa pretende-se diminuir os fatores de risco familiar através da promoção de competências parentais, do fortalecimento das famílias e do aumento da sua compreensão acerca de vários aspetos do desenvolvimento infantil e das diferentes características temperamentais da criança, visando-se especificamente: i. aumentar as abordagens parentais positivas e, conseqüentemente, a cooperação e obediência da criança e a confiança e competência parentais; ii. promover a relação e a vinculação entre pais e filhos; iii. desenvolver a capacidade dos pais para promoverem, através da brincadeira/jogo, o desenvolvimento de competências académicas e de linguagem, emocionais, sociais e de persistência da criança; iv. diminuir as estratégias parentais negativas baseadas na crítica e violência e substituí-las por estratégias positivas; v. aumentar e promover a rede de suporte da família; vi. estreitar a relação entre os contextos familiar e escolar (Webster-Stratton et al., 2012; Webster-Stratton & Reid, 2010).

O programa está organizado de acordo com um modelo piramidal (cf. Figura 2) que contempla uma sequência específica e que caracteriza a filosofia dos AI. Parte-se da premissa que as estratégias do topo da pirâmide só funcionarão bem se existir uma base sólida, ou seja, se as estratégias da base da pirâmide estiverem presentes e forem aplicadas de forma consistente. Assim, a primeira metade do programa é dirigida ao aumento dos comportamentos positivos da criança, através de uma abordagem centrada no brincar e no fortalecimento da relação positiva (relação segura, responsiva, e empática) entre pais e filhos. Nesta fase são trabalhados diferentes conteúdos como o brincar seguindo as pistas da criança; a atenção positiva; o tempo especial; os comentários descritivos; o treino de aptidões académicas, sociais, emocionais e de persistência. Nesta primeira fase os pais desenvolvem estratégias de elogio e de reforço positivo eficazes; refletem sobre a aplicação de recompensas concretas e inesperadas consoante as características específicas de cada criança e estabelecem planos de recompensas para aumentar

os comportamentos selecionados. Os pais são encorajados a usar livremente as estratégias da base da pirâmide. As sessões seguintes, que constituem a segunda metade do programa, incluem estratégias que, usadas de forma seletiva, visam a redução e a extinção dos comportamentos negativos da criança. Assim, nas sessões intermédias são trabalhados conteúdos relacionados com o estabelecimento eficaz de limites, como o estabelecimento de regras de casa claras, rotinas previsíveis e ordens específicas e em número reduzido. As últimas sessões são centradas no treino de estratégias de disciplina não violentas para lidar com os comportamentos negativos como ignorar, distrair, redirecionar, tempo de pausa como forma de a criança se acalmar e consequências lógicas e naturais. Por fim, no final do programa volta-se à base da pirâmide, através do foco em estratégias proativas para ajudar a criança a resolver problemas.

Os pais desenvolvem estratégias que os ajudam a intervir nos antecedentes e fatores de manutenção dos comportamentos negativos da criança, assim como técnicas para aumentar e manter os comportamentos positivos (Jones, 2008). Ao longo do programa, os pais aprendem a identificar os seus pensamentos automáticos negativos e a desenvolver estratégias cognitivas e comportamentais (e.g., estratégias de relaxamento) para desafiar os seus pensamentos disfuncionais e para lidar com sentimentos de stresse e raiva (Webster-Stratton, 2001; Webster-Stratton & Reid, 2010).

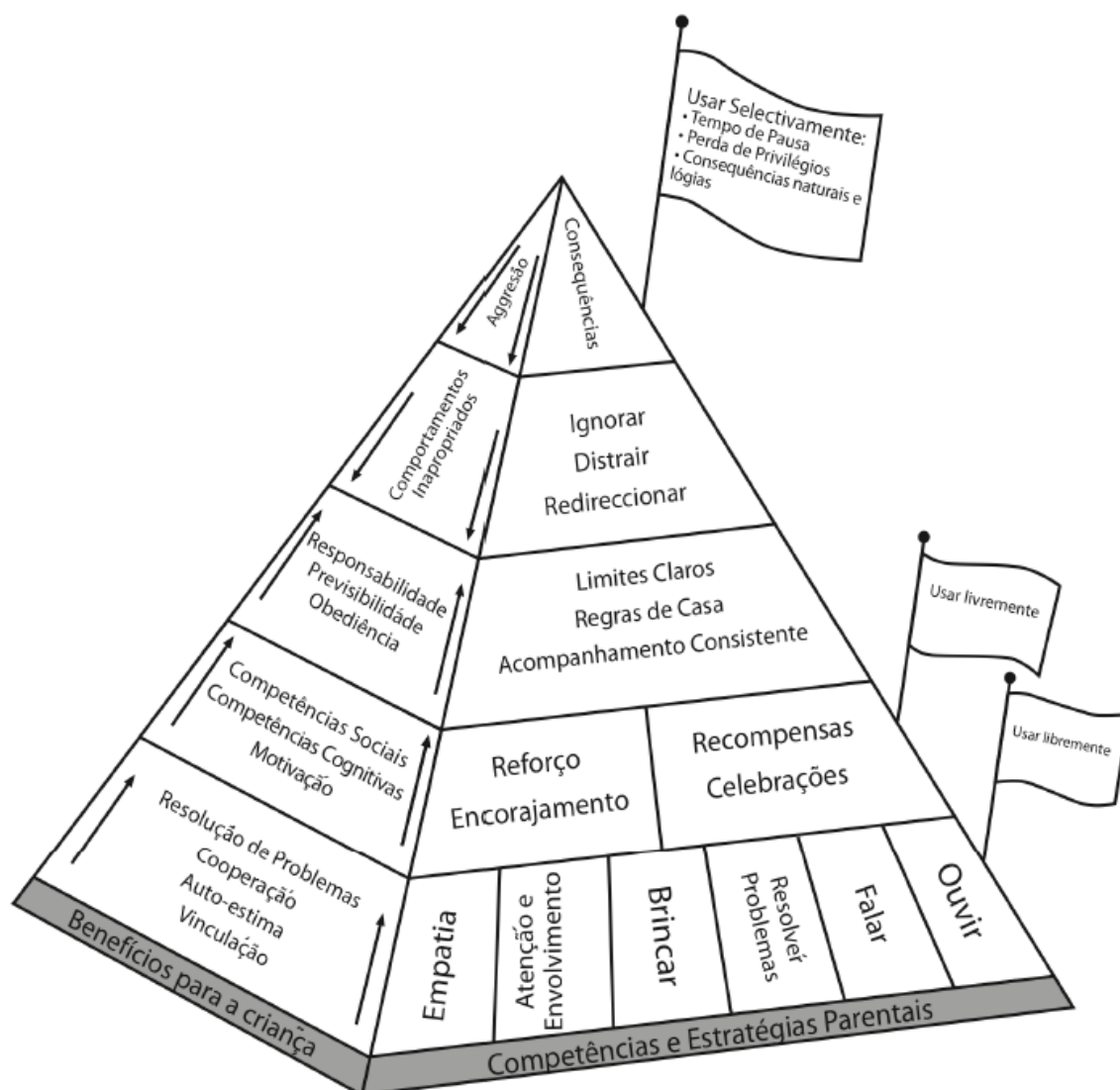


Figura 2. Pirâmide do Programa Parental™ (Webster-Stratton, 2001; <http://incredibleyears.com/resources/gl/parent-program>)

No Quadro 4 encontra-se uma descrição dos principais objetivos, conteúdos e competências parentais desenvolvidos ao longo da intervenção, baseados numa descrição feita pela autora do programa (Mihalic, Fagan, Irwin, Ballard, & Elliot, 2002; Webster-Stratton, 2011).

Quadro 4. Conteúdos, objetivos gerais e específicos do Programa Básico para Pais Anos Incríveis

Principais Objetivos		Programas		Objetivos específicos e Competências-alvo		Sessões	Fatores de Risco e Proteção
Fatores de risco e proteção transversais ao programa							
Programa 1: Brincar							
Parte 1: Brincadeira comandada pela criança				<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer as capacidades e as necessidades específicas da C (e.g., temperamento, nível de atividade) - Promover a autoestima e autoconceito da C - Identificar principais marcos do desenvolvimento - Compreender a importância da <i>Atenção</i> para a promoção dos comportamentos positivos na C: “Princípio da atenção” - Construir uma relação positiva e segura através do tempo de brincar 		1 2	<p>Fatores de risco:</p> <p><u>Família</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas pessoais ou interpessoais - Práticas parentais ineficazes - Interações coercivas - Reduzida monitorização - Fatores de stress (e.g., acontecimentos negativos, isolamento, psicopatologia parental) - Reduzido envolvimento família-escola
Parte 2: Promover a aprendizagem da criança (Treino Académico, da Persistência, Social e Emocional)				<ul style="list-style-type: none"> - Fazer comentários descritivos (desenvolvimento da linguagem, da autoconfiança e da tolerância à frustração da C) - Aprender diferentes tipos de comentários descritivos: 1. Treino Académico (prontidão escolar); 2. Treino de persistência (capacidade de estar calmo e focado numa atividade; autorregulação); 3. Treino emocional (literacia emocional; autorregulação); 4. Treino social (competências sociais, e.g., partilhar, esperar pela sua vez) - Sensibilizar para o “Princípio do modelamento” – evitar o uso de críticas e perguntas, substituir por afirmações positivas e modelar formas positivas de comunicar com a C 		3	
Programa 2: Elogios e Recompensas (Promover a cooperação)							
Parte 1: Elogio e encorajamento eficaz				<ul style="list-style-type: none"> - Elogiar de forma específica - Sensibilizar para o “Princípio do dar e receber” - Modelar o autoelogio na C - Lidar com a resistência da C ao elogio - Promover o discurso interno positivo (P) - Dar e receber suporte através do elogio (P) - Evitar elogiar apenas a perfeição da C - Reconhecer os comportamentos que necessitam de ser elogiados 		4 5	<p><u>Criança</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatores biológicos e temperamentais (e.g., hiperatividade, desregulação emocional)
<p>Promover interações positivas entre pais e filhos, o <i>coaching</i>, a vinculação, as estratégias disciplinares pró-ativas, a cooperação da criança, o envolvimento família-escola e a rede de suporte familiar</p>							

	<p>Parte 2: Recompensas concretas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender o valor das recompensas espontâneas e das celebrações - Compreender a diferença entre recompensa e suborno - Reconhecer quando usar a regra “se...então...” - Arranjar formas para implementar um sistema de recompensas e autocolantes - Conceber programas apropriados às características de desenvolvimento da C - Utilizar recompensas para reduzir ou eliminar problemas (e.g, não se vestir, não partilhar, brigas com os irmãos) - Reconhecer a importância de se autoelogiar e de elogiar os outros (P) 	<p>5 6</p>	<p>Fatores Protetores:</p> <p><u>Família</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Práticas parentais positivas - Interações pais-filho positivas - Estratégias educativas que reforçam competências da criança (e.g, saber esperar, ser persistente) - Envolvimento família-escola - Rede de suporte - Capacidade dos pais se autocontrolarem e lidarem com a irritação; capacidade de resolver problemas 	
<p>Programa 3: Estabelecer limites de forma eficaz</p>					
	<p>Parte 1: Definição de Limites (rotinas, regras, ordens)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer a importância das rotinas, regras claras e previsíveis: aumenta os sentimentos de segurança e reduz os maus comportamentos da C - Estabelecer rotinas e regras domésticas importantes - Dar ordens/orientar de forma eficaz - Evitar ordens desnecessárias, vagas e negativas - Dar à C alternativas positivas e elogiar a obediência - Compreender quando usar ordens do tipo “quando...então” - Importância dos avisos, lembretes e do redirecionar 	<p>7 8</p>		
	<p>Parte 2: Fazer cumprir as ordens</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender quando é oportuno distrair e usar o ignorar - Compreender a importância de ser consistente e de ir até ao fim - Manter o autocontrolo e usar estratégias para acalmar - Usar a estratégia de ignorar de forma consistente e evitar discussões e “jogos dos porquês” sobre os limites 	<p>8 9</p>		

Programa 4: Lidar com o Mau Comportamento		
Parte 1: Ignorar o mau comportamento	<ul style="list-style-type: none"> - Ignorar de forma efetiva - O comportamento negativo é sinal que a C necessita de novas oportunidades para aprender (repetição) - Identificar comportamentos apropriados para ignorar - Continuar a recheiar a “conta bancária a prazo” com brincadeiras, <i>coaching</i>, elogios e incentivos - Praticar o autocontrole e estratégias para acalmar (P) 	10
Parte 2: Tempo de Pausa para acalmar e outras consequências (naturais e lógicas)	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar o tempo de pausa como uma estratégia para a C se acalmar - Explicar o tempo de pausa - Usar o tempo de pausa seletivamente para comportamentos destrutivos ou para oposição severa - Saber lidar com a C que resiste ao tempo de pausa - Continuar a promover os comportamentos pró-sociais (os comportamentos positivos opostos) - Praticar o discurso interno positivo e estratégias para lidar com a irritação (P) - Identificar consequências lógicas e naturais adequadas ao desenvolvimento da C - Compreender a importância das consequências breves e imediatas - Evitar lutas de poder 	11 12 13
Parte 3: Resolução de problemas (Estratégias preventivas)	<ul style="list-style-type: none"> - Usar livros de histórias e jogos para ajudar a C resolver problemas - Ajudar a C a pensar nas consequências emocionais e comportamentais das suas soluções - Escutar a criança e validar os seus sentimentos - Modelar a resolução de problemas 	14 SSg

Criança

- Suporte emocional, social e académico; autorregulação

Notas: Adaptado de Mihalic et al., 2002, e de Webster-Stratton, 2012; C Criança, P Pais; SSg Sessão de seguimento

2.2.2 O Processo Colaborativo e os Métodos que Caraterizam o Programa

Subjacente à implementação do programa para pais AI, encontramos um modelo de cariz colaborativo, dinâmico e centrado na resolução de problemas, em que os pais e facilitadores colaboram lado a lado no desenvolvimento de novas soluções. Neste processo, os pais são considerados intervenientes ativos na mudança (agem como “cientistas”), quer na definição e monitorização dos seus objetivos, na discussão e partilha de experiências, quer no treino e resolução de problemas (cf. Figura 3). Esta abordagem colaborativa constitui um dos pilares fundamentais da filosofia dos AI (Webster-Stratton & Herbert, 1994; Webster-Stratton, 2012) e visa capacitar os pais, fortalecer a sua autoestima e autoeficácia e, assim, aumentar a motivação e adesão ao programa (Webster-Stratton & Reid, 2012). O modelo também é considerado colaborativo na medida em que é sensível às circunstâncias particulares e valores de cada família, e suficientemente flexível para adaptar os conceitos e estratégias do programa às necessidades específicas de cada pai ou mãe e ao nível de desenvolvimento e temperamento de cada criança. Para além disso, o modelo colaborativo reforça a importância do estabelecimento de uma relação ‘terapêutica’ baseada na confiança (grupo como lugar seguro), abertura e aceitação, e não numa postura crítica ou culpabilizante das famílias (Webster-Stratton & Herbert, 1994; Webster-Stratton, 2012). A relação estabelecida nestes moldes potencia a mudança nos pais e, conseqüentemente, nas crianças, uma vez que, de acordo com o modelo dos AI, o processo de modelamento inicia-se na relação entre pais e facilitadores (modela-se com os pais o tipo de relação que se quer que eles estabeleçam com as crianças). Na Figura 3 são apresentados os principais métodos utilizados no programa AI-Básico e os respetivos objetivos em relação aos pais.

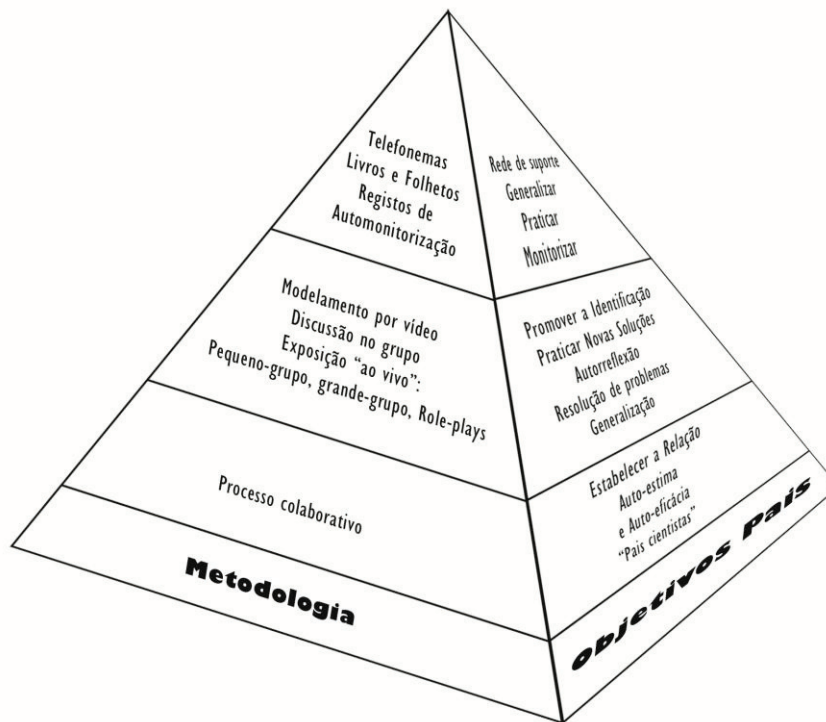


Figura 3 Os principais métodos utilizados no Programa *Anos Incríveis Básico*

De acordo com os referenciais que lhe serviram de base (e.g., Bandura, 1977), os AI incluem como método basilar o modelamento por vídeo. Assim, o programa utiliza vídeos de interações entre pais e filhos oriundos de diferentes contextos culturais e socioeconómicos, em situações naturais do dia-a-dia (cerca de 300 vinhetas com a duração de 1 a 3 minutos). Nos vídeos os pais usam estratégias parentais mais ou menos eficazes e as crianças têm idades diferentes e características temperamentais díspares (Webster-Stratton, 2011). As vinhetas não pretendem mostrar estilos parentais corretos ou incorretos (desmistificação da ‘parentalidade perfeita’), mas sim promover a identificação dos pais com algumas das situações que eles considerem relevantes, servir de estímulo ou catalisador para a partilha e discussão entre os pais sobre os conteúdos e estratégias veiculados através do vídeo e para a prática de novas competências (Webster-Stratton & Reid, 2010). A utilização dos vídeos seguidos de discussão mostrou ser a forma mais eficaz de aplicação do programa (e.g., Webster-Stratton, 1990a), já que o vídeo permite uma abordagem flexível e abrangente (comparativamente ao *role-play* ou à mera instrução verbal), uma vez que podem ser modeladas diversas situações num curto espaço de tempo.

Para além do modelamento por vídeo, o programa inclui outro método, comum a outros programas de intervenção parental, baseado na exposição ‘ao vivo’ em grande ou pequeno

grupo, através de *role-plays* e de exercícios práticos (Webster-Stratton & Reid, 2012). Este treino específico de competências tanto pode ocorrer na sessão, como entre sessões (e.g., através de atividades recomendadas para casa).

Desta forma, pretende-se promover a aprendizagem através da ativação de diferentes canais de entrada da informação (visual, auditivo e experiencial), para além do canal verbal, o que parece potenciar a generalização dos conteúdos do programa a outros contextos e contribuir para a manutenção dos efeitos do tratamento a longo prazo (Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2001). O facto de o programa contemplar um modelo de aprendizagem interativa no contexto do qual os pais veem, discutem, refletem e praticam, ajuda-os a confiar mais nas suas ideias e na sua capacidade para analisar e resolver situações (Webster-Stratton, 2012).

2.2.3 A Estrutura das Sessões

O programa dispõe de um manual estandardizado para orientar o facilitador do grupo na implementação das sessões, de folhetos para os pais com as principais ideias e estratégias desenvolvidas em cada sessão (as ‘notas de frigorífico’) e diferentes registos de automonitorização, com o objetivo de ajudar os pais a prestar atenção aos seus próprios comportamentos parentais e às interações com os seus filhos em contexto familiar e a registar os resultados das situações em que praticam novas soluções. Para além disso, existe um livro (*Os Anos Incríveis: Guia de resolução de problemas para pais de crianças dos 2 aos 8 anos de idade*; Webster-Stratton, 2010/2005) que acompanha o programa e cuja leitura por capítulos é recomendada ao longo das sessões.

Todas as sessões têm o mesmo formato e seguem a mesma sequência. São iniciadas pela revisão da sessão anterior (e.g., leitura da “folha dos princípios” dos pais, elaborada com base nas ideias facultadas por eles na sessão anterior, com indicação da respetiva autoria; cf. Anexo A) e seguidas pelo feedback de cada um dos pais sobre a experiência com as atividades para casa, realizadas ao longo da semana anterior. Estas atividades diferem de sessão para sessão e podem incluir tarefas desde o preenchimento de registos, ao treino de competências parentais, ao telefonema ao colega do grupo, à leitura do capítulo ou dos folhetos. As tarefas para casa implicam os pais na mudança, promovem a autorreflexão e contribuem para a generalização fora do grupo. Após esta primeira parte da sessão (que não deve durar mais do que 30 minutos), é introduzido o tópico do dia através de um exercício de ‘vantagens e obstáculos’ ou ‘chuva de ideias’. Seguidamente são visionados vídeos de vinhetas que retratam interações entre pais e filhos (na versão portuguesa as vinhetas encontram-se legendadas), indutoras da discussão em grupo e da prática de novas estratégias (e.g., *role-plays*, exercícios práticos) em grande ou pequeno grupo (*buzz* ou trabalho em pares ou trios que implicam ativamente todos os

participantes do grupo). A hipótese de os pais receberem *feedback* dos elementos do grupo e dos facilitadores (sobre as atividades para casa, após o *role-play* ou noutros momentos) constitui também uma oportunidade de aprendizagem e de generalização da experiência vivida no grupo para fora da sessão. Para tornar essa experiência mais significativa, ao longo da sessão, especialmente na discussão das vinhetas, os facilitadores vão realçando as ideias trazidas pelos pais para a discussão que ilustrem os princípios comportamentais na base do programa AI e que podem ser transpostos para as situações do dia-a-dia (Webster-Stratton, 2011; Webster-Stratton et al., 2012; Webster-Stratton & Reid, 2010). Deste modo, os princípios básicos do programa são “gerados” pelos próprios pais, ao longo das sessões e registados no quadro, de modo a produzir a “folha dos princípios” com que se iniciará a sessão seguinte.

Na última parte da sessão, são distribuídas a todos os pais as capas pessoais dos objetivos, onde semanalmente os pais definem os objetivos da semana seguinte e avaliam os da semana anterior, e os facilitadores, entre sessões, comentam de forma sucinta mas específica, as pequenas conquistas dos pais. Posteriormente é feita uma leitura sumária das principais ideias da sessão contidas nas ‘notas de frigorífico’ (síntese que pode ser afixada no frigorífico, em casa), estabelecem-se as novas atividades para casa e os pais avaliam a sessão (cf. Anexo B).

De acordo com os princípios do programa (e.g., abordagem colaborativa e não de ensino-aprendizagem) o tempo dedicado à transmissão de conhecimentos não deve exceder 15% do tempo total da sessão, devendo 25% do tempo ser dedicado ao modelamento através dos vídeos e 60% à discussão em grupo e resolução de problemas (Webster-Stratton, 2001).

2.2.4 O Papel do Facilitador e a Implementação com Fidelidade

Neste contexto eminentemente colaborativo, o papel do facilitador consiste em dar suporte a todos os elementos do grupo, envolve-los na mudança e potenciar as competências e expectativas de eficácia dos pais (Webster-Stratton, 2011). Cabe ao facilitador: i. promover a coesão do grupo (dar atenção aos objetivos individuais de cada pai, mas também às semelhanças entre os elementos do grupo); ii. assegurar que o grupo é um local seguro (e.g., estabelecer com os pais as regras de funcionamento do grupo, ter uma postura de aceitação); iii. ouvir de forma ativa; iv. liderar e dar ao grupo estrutura suficiente para assegurar o envolvimento de todos; v. dar aos pais raciais curtos, claros, baseados em evidências e na experiência (a compreensão da teoria que subjaz às estratégias parentais contribui para a generalização e manutenção dos efeitos da intervenção); v. reenquadrar (ativar o processamento emocional e cognitivo) e contextualizar as experiências apresentadas pelos pais; vi. solicitar as ideias e sentimentos dos pais, promover a partilha de experiências, a discussão

das vinhetas e a resolução de problemas; vii. promover a prática de novas soluções através de situações de *role-play* no grupo (assegurar que existe uma discussão após o *role-play*); viii. generalizar os conteúdos e princípios das sessões para situações específicas dos pais e para fora das sessões (e.g., atividades para casa); ix. preparar e prever recaídas; x. reforçar o suporte do grupo e de outras redes.

Para além de criativo e flexível, o facilitador necessita de ter elevadas competências, formação certificada e supervisão contínuas para promover a adesão das famílias ao programa e para implementá-lo com fidelidade (Hutchings & Gardner, 2012).

Um dos requisitos para a eficácia das intervenções baseadas em evidências consiste na possibilidade de os programas serem replicados com fidelidade (e.g., Hutchings, Gardner & Lane, 2004). Isto implica que os mesmos se organizem e disponibilizem formas de assegurar a fidelidade na sua disseminação e integridade na sua implementação (Hutchings et al., 2007a; Hutchings & Gardner, 2012; Mihalic et al., 2002). Aliás, este é um dos critérios dos Programas *Blueprints*, de acordo com os quais o programa AI foi recentemente (2011-2012) avaliado como promissor (*promising programme*), o que implica que o programa garante, através de diferentes procedimentos, uma implementação com fidelidade (<http://www.blueprintsprograms.com>). A autora do programa, atenta a estas questões, desenhou um método longo, faseado e rigoroso de certificação dos facilitadores, que compreende um processo contínuo de formação, supervisão e consultoria que implica, entre outros procedimentos, o visionamento de vídeos de sessões de grupo e a autorreflexão conjunta, entre o facilitador e um *Mentor* ou *Trainer* no programa (pessoas certificadas pela agência dos AI como tendo elevadas competências e conhecimento no programa), acerca das competências observadas.

Para além disso, o programa é estandardizado, inclui manuais detalhados, DVDs com vinhetas, livros e folhetos, questionários de avaliação para os pais (cf. Anexo B e C) e de auto e hetero-avaliação para os facilitadores (cf. Anexos D e E). Alguns estudos recentes sugerem que a implementação do programa AI em grupo, com elevado nível de fidelidade, é preditiva de mudanças comportamentais nos pais e, conseqüentemente, nas crianças (Eames et al., 2009). Além disso, a contínua supervisão e treino dos facilitadores, para além da formação inicial de três dias, reforça as competências e adesão destes ao protocolo de intervenção e incrementa a fidelidade na aplicação dos AI (Webster-Stratton, Reid, Hurlburt, & Marsenich, 2011).

2.2.5 As Vantagens de um Programa como os AI

Para além dos componentes habituais deste tipo de programas parentais, identificam-se alguns aspetos distintivos dos AI enquanto intervenção grupal que acabam, no seu conjunto, por funcionar de forma eficaz, como veremos no ponto seguinte.

Vejamos algumas destas vantagens. O programa Básico para pais AI:

i. É um programa baseado numa implementação em grupo, sendo mais eficiente em termos de tempo, número de pessoas alvo e custos, quando comparado com outras intervenções aplicadas individualmente (Webster-Stratton & Reid, 2010). Num estudo de Edwards e colaboradores (2007) concluiu-se que um grupo que recebeu o programa para pais AI demonstrou uma relação custo-efetividade superior a um grupo de lista de espera. Também O'Neill, McGilloway, Donnelly, Bywater, & Kelly, 2013), numa avaliação de um estudo controlado de aplicação dos AI sugeriram que este programa revela uma boa relação custo-efetividade e que, a longo-prazo, os retornos dos efeitos dos AI para a sociedade podem ser elevados. Aos et al. (2011) a partir de uma revisão da literatura, concluem que por cada dólar investido no programa existe um retorno de um dólar e vinte cêntimos.

ii. É fácil de disseminar por ser um programa manualizado e baseado no modelamento por vídeo (Webster-Stratton & Reid, 2012). Modela uma diversidade de competências parentais através dos vídeos e os pais aprendem através das experiências e tentativas de outros a ultrapassar dificuldades semelhantes.

iii. Utiliza um modelo colaborativo que contribui para o envolvimento ativo dos pais na mudança e reduz a resistência. Para além disso, o *feedback* dos outros elementos do grupo tem muitas vezes mais impacto do que o do facilitador.

iv. Diminui o isolamento e a estigmatização característicos de muitas famílias com crianças difíceis, possuindo o grupo o poder de normalizar os problemas apresentados pelos pais (percebem que não são os únicos a ter um problema e ganham perspetiva em relação a esses mesmos problemas) (Menting, Orobio de Castro, & Matthys, 2013; Webster-Stratton, 2012).

v. Aumenta a compreensão dos pais sobre o que é normal e expectável em termos de desenvolvimento, e a aceitação das características temperamentais das crianças (Webster-Stratton, 2011).

vi. Desmistifica a ideia da parentalidade perfeita e promove e implica os pais num processo constante de automonitorização (Webster-Stratton et al., 2012).

vii. Promove a relação e o suporte entre os elementos do grupo (encorajamento e apoio), que acabam por funcionar como modelos para o estabelecimento de outras relações e redes de suporte (Webster-Stratton, 2011).

viii. Prevê estratégias para reduzir os obstáculos à participação dos pais nas sessões (sobretudo para famílias de elevado risco), o que significa contemplar serviço de *baby-sitting* para todos os filhos dos elementos do grupo, pequenas refeições, serviço de transporte, concretização dos encontros do grupo em locais de fácil acesso (Hutchings, Bywater, & Daley, 2007b), e proporcionar aos pais pequenos incentivos ao longo das sessões semanais (e.g., pela realização das atividades para casa, pela pontualidade na sessão) (Webster-Stratton & Hancock, 1998).

Por fim, outros dois componentes importantes do programa devem ser referidos, e foram propositadamente colocados nesta secção, por considerarmos que constituem mais-valias do programa. Assim, com o objetivo de promover a relação entre os pais e os facilitadores e o envolvimento dos pais na intervenção e na mudança, o programa preconiza telefonemas semanais entre o facilitador e os elementos do grupo (e.g., para monitorizar dificuldades nas atividades de casa e na prática de novas estratégias no contexto familiar). A partir da terceira sessão do programa os contactos entre os elementos do grupo (e.g., por telefone, email, ou pessoais) são recomendados e incentivados através da distribuição de “parceiros” (*buddies*), que vão mudando ao longo das sessões seguintes. Na eventualidade dos pais faltarem a uma sessão do programa, são-lhes enviados os materiais da sessão e é-lhes oferecido tempo extra para rever a sessão perdida (através de uma sessão de *make-up*), assim como é reforçada a duração do telefonema semanal (Webster-Stratton, 2001).

2.2.6 Estudos de Eficácia e Efetividade⁷: Suporte Empírico do Programa

Os resultados de vários estudos experimentais com amostras aleatorizadas têm fornecido suporte para a eficácia do programa AI-Básico para pais, em contextos clínicos e da comunidade, em linha com a eficácia das IP em geral (Menting et al., 2013), sobretudo com crianças entre os 3 e os 8 anos de idade, com problemas externalizantes ou em risco de os vir a desenvolver (Hutchings & Gardner, 2012).

Por conseguinte, o programa tem sido amplamente citado internacionalmente, em artigos empíricos e estudos de comparação entre diferentes protocolos de intervenção (e.g.,

⁷ Os ‘estudos de eficácia’ são realizados em ambientes controlados como laboratórios ou clínicas para o teste científico dos efeitos de uma intervenção, enquanto os ‘estudos de efetividade’ ocorrem em contextos “reais”, na prática do dia-a-dia e pretendem avaliar a validade ecológica da intervenção (APA, 2006). Recentemente na meta-análise de programas para pais AI, Menting et al. (2013) adotaram o termo efetividade de forma genérica, englobando no termo os diferentes tipos de estudos, por considerarem que ambos se situam ao longo de um mesmo continuum e são importantes para a investigação e clínica.

Lindsay, Strand, & Davis, 2011; Little et al., 2012), em revisões sistemáticas (e.g., Charach et al., 2011; Furlong et al., 2012; Knight, Rooney, & Chronis-Tuscano, 2008; Lee, Niew, Yang, Chen, & Lin, 2012; Menting et al., 2013; NICE, 2008; Rajwan et al., 2012), em livros da especialidade (e.g., Kazdin & Weisz, 2010), assim como, classificado em diversos diretórios de intervenções baseadas em evidências, que têm servido de guia aos profissionais. Entre outras distinções, em 2012/2013 foi identificado como um dos 46 Programas Promissores *Blueprints* pelo *Institute of Behavioral Science Center for the Study and Prevention of Violence* (<http://www.blueprintsprograms.com>); é também considerado um Programa de Prevenção Modelo (*effective program*) pelo *Office of Juvenile Justice and Delinquency* (OJJDP; <http://www.ojjdp.gov/mpg>), pelo *Child Trends* (<http://www.childtrends.org>) e pelo *Crime Solutions* (<http://www.crimesolutions.gov>); e recebeu a classificação de 3.6-3.7 (numa escala de 0 a 4 pontos) na última revisão, realizada em Julho de 2012, do *National Registry of Evidence-Based Programs and Practices* (SAMSHA; <http://www.nrepp.samhsa.gov>) nos EUA. Na *European Plataform for Investing in Children* é considerado “*an evidence-based practice that works*” e classificado como um programa promissor (http://europa.eu/epic/practices-that-work/evidence-based-practices/practices/incredible-years_en.htm#chapter_2).

Alguns dos estudos de eficácia (dos AI-Básico) foram realizados pela autora do programa nos EUA, com pais de crianças com problemas disruptivos do comportamento (estudos de tratamento) e revelaram resultados positivos na diminuição dos comportamentos de desobediência e dos problemas externalizantes das crianças, no decréscimo de utilização de estratégias disciplinares negativas pelos pais, e no incremento das competências parentais e da qualidade da interação pais-criança (e.g., Webster-Stratton, 1982a, 1982b, 1984, 1990a, 1990b, 1994; Webster-Stratton & Hammond, 1997; Webster-Stratton, Reid, & Beauchaine; Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2004).

Quando utilizado como programa de prevenção, com crianças de meios socioeconómicos desfavorecidos e, conseqüentemente, com risco acrescido de vir a desenvolver problemas de comportamento, os estudos realizados pela autora do programa sugerem igualmente a sua eficácia. Assim, foram demonstrados efeitos positivos nas aptidões parentais das mães que receberam a intervenção e nas competências pró-sociais das crianças (e.g., Reid, Webster-Stratton, & Beauchaine, 2001; Webster-Stratton, 1998; Webster-Stratton et al., 2001). No entanto, uma meta-análise recente com 50 estudos que utilizaram o programa AI para pais (Menting et al., 2013) revelou que os estudos de tratamento estão associados a efeitos de magnitude mais elevada, comparativamente aos estudos de prevenção (indicada ou seletiva), onde parece não existir tanto “espaço” para a mudança, dados os níveis iniciais mais baixos de problemas na linha de base.

Os efeitos positivos do programa Básico mantêm-se ao longo do tempo (entre 1 a 3 anos após a intervenção; e.g., Webster-Stratton, 1998; Webster-Stratton et al., 2001). Por exemplo, num estudo de Webster-Stratton (1990b), verificou-se que em 83 crianças avaliadas três anos após a intervenção, aproximadamente dois terços continuavam a revelar ganhos terapêuticos.

Para além disso, uma análise dos componentes do programa revelou que a combinação de diferentes componentes (e.g., discussão no grupo, modelamento por vídeo, treino do facilitador) tem efeitos mais duradouros ao nível dos resultados da intervenção, comparativamente com a implementação do programa com apenas um componente (Webster-Stratton, Kolpacoff, & Hollinsworth, 1988; Webster-Stratton, Hollinsworth, & Kolpacoff, 1989).

Estes estudos cumpriram critérios científicos rigorosos, são ensaios controlados aleatoriamente, mostraram efeitos a longo prazo e foram construídos de forma a serem disseminados e replicados por grupos de investigadores independentes (e.g., no Canadá, Holanda, Inglaterra, Irlanda, Noruega, País de Gales, Suécia) que testaram a aplicação do programa Básico para Pais através de estudos de efetividade em contextos clínicos e da comunidade ('reais') e não em contextos de investigação na Universidade. Tal como nos estudos realizados pela autora do programa, utilizaram-se amostras com pais de crianças diagnosticadas com problemas externalizantes (e.g., Axberg & Broberg, 2012; Drugli & Larsson, 2006; Larsson et al., 2008; Lavigne et al., 2008; O'Connor, Matias, Futh, Tantam, & Scott, 2013; Scott, Spender, Doolan, Jacobs, & Aspland, 2001; Spaccarelli, Cotler, & Penman, 1992; Taylor, Schmidt, Pepler, & Hodgins, 1998), assim como, com crianças em risco de virem a desenvolver problemas disruptivos, de meios socioeconómicos desfavorecidos (e.g., Gardner, Burton, & Klimes, 2006; Hutchings et al., 2007a; Brotman et al., 2003; Posthumus, Raaijmakers, Maassen, van Engeland, & Matthys, 2012; Scott et al., 2010).

O programa Básico para pais também mostrou ser eficaz na diminuição de sintomas internalizantes da criança (e.g., Webster-Stratton & Herman, 2008), com diferentes grupos culturais nos EUA (e.g., Reid et al., 2001), com famílias adotivas (Linares, Montalto, MinMin, & Oza, 2006), com famílias encaminhadas pelos serviços de proteção de menores (Marcynyszyn, Maher, & Corwin, 2011; para uma revisão ver Webster-Stratton, & Reid, 2012) e em diferentes países do mundo (e.g., para além dos já anteriormente mencionados, também na Coreia, Nova Zelândia, Palestina, Rússia e Turquia).

Por fim, alguns estudos são indicativos de uma relação positiva entre o número de sessões do programa ('dosagem') e os resultados da intervenção em crianças com perturbações externalizantes (e.g., Webster-Stratton, 2009; Lavigne et al., 2008), revelando efeitos maiores nos resultados da criança e nas competências parentais quando as mães frequentam entre 8 a 20 sessões, comparativamente a programas de 8 a 10 sessões (Webster-Stratton, 2009). Tomando em consideração estas e outras evidências (de melhorias em alguns dos resultados do

tratamento quando o programa é aplicado numa versão mais longa e inclui o programa Avançado; Webster-Stratton, 1994), a autora recomenda que a intervenção para pais de crianças com problemas externalizantes se estenda entre 20 a 24 sessões semanais (Webster-Stratton, & Reid, 2010).

Concluindo, Menting e colaboradores, na meta-análise realizada com o programa AI para pais, estudaram também os fatores da criança, da família, do formato da intervenção e da metodologia, que podem moderar a efetividade da intervenção a curto-prazo (Menting et al., 2013). A identificação destes fatores é importante para o melhoramento das intervenções, para informar os clínicos e para a definição de políticas de intervenção/prevenção. Entre os fatores analisados, a severidade inicial dos problemas foi sugerida como o principal preditor dos resultados da intervenção. As características familiares (e.g., NSE, nível de educação da mãe) não foram identificadas como fatores preditores, o que parece ser indicativo da capacidade do programa para se adaptar a diferentes necessidades e realidades. Outros fatores revelaram dados inconclusivos (e.g., idade, sexo da criança, dose). A análise destes fatores em estudos futuros, com *follow-ups* longos, é necessária para clarificar estes resultados.

2.3 O Programa Anos Incríveis Básico (AI-Básico) para Pais em Portugal

Em Portugal a investigação, implementação e disseminação dos programas AI são coordenados a nível nacional, por duas Professoras e investigadoras da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, as orientadoras da presente dissertação.

O programa Básico para pais (na sua versão original, anterior a 2008; Webster-Stratton, 2001) foi o primeiro da série de programas AI a ser transportado para Portugal e tem sido alvo de estudo ao longo dos últimos 9 anos. Neste percurso são identificáveis diferentes etapas acompanhadas e supervisionadas pela Professora Judy Hutchings, pioneira na transportabilidade deste programa para o País de Gales (Hutchings, 2012) onde coordena o *Centre of Evidence Based Early Intervention* (<http://www.centreforearlyinterventionwales.co.uk>): i. numa fase preliminar (entre 2004 e 2007) todos os materiais foram traduzidos e adaptados, o que incluiu a legendagem das vinhetas dos DVDs (Gaspar & Seabra-Santos, 2008); ii. numa fase intermédia (de 2007 a 2008) para afinar a tradução e adaptação do programa ao contexto Português e para treino de competências dos facilitadores (Webster-Stratton et al., 2012), foram implementados grupos de pais em jardins-de-infância (3 grupos) (Gaspar & Seabra-Santos, 2008) e numa clínica da comunidade (2 grupos) com pais voluntários; iii. numa fase posterior de implementação e investigação, a viabilidade do programa foi testada no âmbito de projetos de investigação financiados, com

amostras de crianças em idade pré-escolar com risco social (prevenção seletiva) e com risco clínico (prevenção indicada).

2.3.1 A Investigação em Portugal com o Programa Básico para Pais AI

O Quadro 5 permite uma melhor visualização das características e dos principais resultados relativos aos estudos de eficácia com o Programa AI-Básico para pais em Portugal.

Cabral e colaboradores (2009/2010) no âmbito do Projeto *Uma Aventura no Mundo da Família*, financiado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência, avaliaram a eficácia do Programa Básico para Pais AI aplicado ao longo de 12 semanas consecutivas, quando comparado com os resultados de um grupo de controlo que recebeu uma intervenção parental nacional, não baseada em evidências (Programa Mais-Família; Gaspar, 2004), e um grupo de controlo sem intervenção. As 180 famílias de crianças entre os 3 e os 8 anos de idade foram aleatoriamente distribuídas por estes três grupos. Estas famílias foram sinalizadas pelos Serviços Locais de Segurança Social e pelas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens de Seia, Gouveia e Celorico da Beira. Eram provenientes de meios socioeconómicos desfavorecidos e rurais e identificadas como tendo fatores de risco para a ocorrência de uma trajetória de problemas de comportamento na criança. Foram realizados 11 grupos de pais, implementados numa infraestrutura da comunidade, tendo sido asseguradas todas as condições de implementação (e.g., treino específico e supervisão contínua dos facilitadores, transporte para os pais, *baby-sitting*, refeições e recompensas). No pós-teste os pais que receberam intervenção, comparativamente ao grupo de controlo, revelaram uma diminuição do stresse associado ao exercício do papel parental e um aumento da competência parental, da empatia e da disponibilidade para atender às necessidades das crianças. Embora estes resultados tenham sido mantidos 6 meses após a intervenção (12 meses após o pré-teste), devem ser interpretados com precaução devido à elevada perda amostral no *follow-up* (Cabral et al., 2009/2010). Em relação às variáveis da criança, ainda que não tivessem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, no questionário final de Avaliação da Satisfação e Eficácia os pais indicaram uma mudança acentuada em si e nos seus filhos (e.g., “acho que os meus filhos mudaram para melhor a maneira como falam e se comportam em casa”).

Quadro 5. Estudos com o Programa Básico para Pais Anos Incríveis em Portugal

Estudos publicados: Autores	Participantes	Idades crianças	Contexto	Duração	Desenho Estudo	Resultados Principais
Gaspar & Seabra-Santos, 2008	24 crianças e famílias da comunidade (voluntários) no pré-teste e 20 no pós-teste (famílias de baixo-risco)	3-6	Jl	12 sessões em grupo + 1 sessão de SSg	Estudo com distribuição aleatória por 2 grupos: intervenção e controlo	Resultados no GE (medidas de auto e heterorrelato das mães): ↓ Problemas na criança ↑ Competências pró-sociais ↑ Disciplina positiva ↓ Disciplina inconsistente e severa ↓ Sintomas depressivos - Resultados sem alterações do pré- para o pós-teste no GC
Seabra-Santos & Gaspar, 2008	12 pais (10 mães e 2 pais) da comunidade (famílias de baixo-risco) do GE					- Elevada taxa de participação no programa (10 em 12 sessões) - Elevada satisfação com os diferentes componentes das sessões (níveis 4 e 5 numa escala de 1 a 5)
Cabral et al., 2009/2010	180 crianças e famílias no pré-teste e 107 no pós-teste com risco social	3-8	Comunidade	12 sessões em grupo + 1 sessão de SSg	Estudo com distribuição aleatória por 3 grupos: 2 de intervenção e 1 de controlo	Resultados nos grupos de intervenção vs GC ↓ Stress associado ao exercício do papel parental ↑ Competência parental, empatia e disponibilidade para atender às necessidades das crianças - Sem efeitos significativos nas variáveis relacionadas com as

	crianças	↑ Perceção de mudança em si e nos seus filhos (e.g., “acho que os meus filhos mudaram para melhor a maneira como falam e se comportam em casa”) - Efeitos mantiveram-se aos 6 meses de FU						
Silva & Gaspar, 2012	25 crianças e 47 cuidadores de Centros de Acolhimento Residencial	3-8	Centros de Acolhimento Residencial	13 sessões em grupo	Estudo exploratório com 2 grupos: intervenção e controlo	Resultados preliminares – evolução do pré para o pós e FU 12 meses nos cuidadores e crianças que receberam IP: ↑ Atitudes de empatia nos cuidadores ↑ Práticas educativas positivas e decréscimo das práticas negativas numa tarefa de observação - Sem efeitos significativos nos relatos dos comportamentos das crianças ↓ Comportamentos negativos nas crianças numa tarefa de observação da interação cuidadores-criança		

Notas: // Jardim-de-infância; S5g Sessão de seguimento; GE Grupo experimental; GC Grupo controlo; IP Intervenção parental; ↑ Aumento ou melhoria ↓ Diminuição ou decréscimo

Em 2009, teve início outro projeto de investigação (com a realização de 2 grupos piloto na FPCEUC), coordenado por Gaspar e Seabra-Santos (Gaspar et al., 2012; Seabra-Santos, Gaspar, Azevedo, Homem, & Leitão, 2012) e financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia e pelo FEDER-COMPETE a partir de 2010, de cuja equipa faz parte a autora desta dissertação. Entre outros objetivos, o projeto visa testar a eficácia dos programas AI para pais e educadores numa amostra de crianças em idade pré-escolar (entre os 3 e os 6 anos) com sinais precoces de problemas de comportamento externalizante (prevenção indicada). Numa primeira fase (de 2009 a 2012) foi testada a eficácia do programa Básico para Pais numa amostra distribuída aleatoriamente entre um grupo com intervenção AI e uma lista de espera. Posteriormente (de 2012 a 2013, ainda a decorrer) pretendeu-se avaliar os resultados do programa para pais em combinação com o programa para educadores AI (este último estudado anteriormente por Vale, 2011) da linha de base para o *follow-up* 12 meses. Durante a primeira fase do projeto (programa apenas para pais), a amostra foi constituída por 125 crianças e foram realizados 11 grupos de pais (condição experimental) num serviço aberto à comunidade da Universidade e num serviço de pedopsiquiatria de um Hospital. Os resultados preliminares (6 meses após o início da intervenção) são indicativos de níveis de participação, adesão e satisfação com o programa elevados (Ferreira, 2013; Seabra-Santos, Gaspar, Azevedo, Homem, & Pimentel, 2011; Seabra-Santos et al., 2012). Para além disso, os resultados a curto-prazo sugerem uma redução estatisticamente significativa dos problemas de comportamento das crianças, comparativamente aos resultados do grupo de controlo (Azevedo, Seabra-Santos, Gaspar, Homem, & Marques, 2010). Dois outros estudos foram integrados neste projeto. Um deles é objeto desta dissertação e será apresentado posteriormente. O outro, de Homem e colaboradores (Homem, Gaspar, Seabra-Santos, Azevedo, & Pimentel, 2011) avaliou o impacto do programa a curto e a médio prazo na promoção de relações familiares mais positivas e nos sintomas de oposição e desafio das crianças de uma subamostra do projeto, selecionadas de acordo com critérios específicos. Os resultados a curto e a médio prazo apontam para uma melhoria das práticas parentais e da intimidade do casal, e para um decréscimo dos sintomas de oposição e um aumento das competências pró-sociais das crianças do grupo cujos pais participaram nos AI-Básico, em comparação com a lista de espera.

Por fim, outro estudo exploratório avaliou a adequação do Programa AI-Básico numa amostra de cuidadores (profissionais) de crianças entre os 3 e os 8 anos de idade, colocadas em Centros de Acolhimento Residencial. Fizeram parte do estudo 4 centros: 2 receberam a intervenção (n = 27 participantes) e 2 funcionaram como comparação (n = 20). Na avaliação pós-intervenção os cuidadores que receberam a intervenção ao longo de 13 semanas revelaram mais atitudes de empatia e foi observada uma melhoria das práticas educativas positivas e um decréscimo das práticas negativas (e.g., ordens negativas, críticas) numa tarefa específica de

observação. Apesar de não terem sido reportadas diferenças significativas entre os grupos nos comportamentos da criança relatados pelos cuidadores, na tarefa mencionada anteriormente observaram-se menos comportamentos negativos nas crianças que receberam a intervenção (Silva & Gaspar, 2012).

2.3.2 Disseminação do Programa em Portugal

Até à data foram organizados em Portugal cinco *workshops* de três dias (dinamizados por formadores estrangeiros da agência central dos AI) de formação para facilitador do programa Básico para pais. Atualmente existem cerca de 125 pessoas das áreas da Psicologia, Saúde, Educação e Serviço Social que receberam a formação em Portugal. Quatro destes profissionais são facilitadoras certificadas e supervisoras de pares (*peer coaches*), entre elas a autora e as orientadoras desta Dissertação. Estas últimas são também as coordenadoras dos AI em Portugal e encontram-se em processo de formação para serem Mentoras no programa e, nessa qualidade, poderem dar formação a outros técnicos no nosso país.

O programa traduzido para português está disponível na página oficial dos *Anos Incríveis* (<http://incredibleyears.com/order/price-list>) desde 2011, altura em que começa a estar acessível para ser aplicado em contextos clínicos e da comunidade independentemente dos projetos financiados. No entanto, apenas 10% das pessoas que receberam a formação em Portugal fazem periodicamente supervisão, o que traduz uma lacuna e área prioritária de investimento nos próximos anos, nomeadamente a criação de uma estrutura sustentável que possa garantir a supervisão dos facilitadores de grupos de pais e a aplicação do programa com fidelidade.

No futuro, a possibilidade de aplicação dos AI numa perspetiva sistémica, em diferentes contextos como a família, a escola e a criança, será outra das áreas de investimento crescente em Portugal, prevendo-se a adaptação do Programa de intervenção para crianças 'Dinossauro' a partir de 2014; e a implementação do programa Básico para pais de crianças entre 1 e 3 anos de idade (*toddlers*) numa amostra referenciada pelos serviços de proteção de menores (Webster-Stratton et al., 2012).

2.4. Porquê Avaliar a Eficácia do Programa *Anos Incríveis* numa Amostra de Crianças Pré-escolares em Risco de PH/DA? Racional para a Utilização do Programa

2.4.1 Os Estudos

O Programa AI Básico para pais foi a IP selecionada como intervenção psicossocial para o contexto familiar, no âmbito do projeto de investigação onde o estudo da presente dissertação se insere. A escolha, criteriosa, foi baseada no extenso suporte empírico deste programa e no seu reconhecimento internacional com crianças com problemas de comportamento nos USA e na Europa, e na experiência de outras equipas de investigação que desenvolveram estudos semelhantes (Gardner et al., 2006; Hutchings et al., 2007a). Para além disso, a série de programas AI compreende uma versão equivalente para o contexto escolar (para educadores ou professores) o que, juntamente com o facto de o programa já ter sido adaptado para português e explorado numa amostra da comunidade (Seabra-Santos & Gaspar, 2008; Webster-Stratton et al., 2012), assim como o facto de existirem técnicos com formação nos AI em Portugal, constituíram motivos suficientes que justificaram a sua escolha.

Apesar de o programa para pais ter sido originariamente concebido e estudado em crianças com problemas disruptivos do comportamento, nos últimos anos tem sido testado em populações mais específicas, nomeadamente em crianças de idade pré-escolar com sintomas de PH/DA (Jones et al., 2007; Wester-Stratton et al., 2011). As principais características e resultados destes estudos encontram-se sintetizados no Quadro 6.

Quadro 6. Estudos com o programa para pais *Anos Inscríveis* em amostras de pré-escolares com sintomas de PH/DA

Estudos/Autores	Participantes	Idades	Componentes dos AI e duração	Desenho Estudo	Resultados Principais
Hartman et al., 2003	81 crianças referenciadas por PC	4-7	Programa para pais Básico + Avançado: 22-24 sessões em grupo	Reanálise do grupo experimental de uma amostra aleatorizada	↓ Problemas de comportamento e sintomas de falta de atenção (em crianças com PC comórbidos)
Jones et al., 2007	79 crianças da comunidade com sinais precoces de PH/DA e PC	3-4	Programa para pais Básico: 12 sessões em grupo	Estudo com distribuição aleatória por 2 grupos: intervenção (GE) e lista de espera (GC)	↓ Sintomas de PH/DA reportados pelas mães, independentemente dos sintomas de PC - Efeitos mantiveram-se aos 12 e 18 meses de FU
Webster-Stratton et al., 2011	99 crianças recrutadas na comunidade e em contextos clínicos com critérios de diagnóstico de PH/DA em comorbidade com PC	4-6	Programa para pais Básico + Avançado + Programa para crianças <i>Dinossaurus</i> : 20 sessões em grupo	Estudo com distribuição aleatória por 2 grupos: intervenção (GE) e lista de espera (GC)	↓ Sintomas de PH/DA e de oposição/desafio ↑ Competências sociais e de autorregulação emocional da criança reportados pelas mães e pais ↑ Estratégias disciplinares positivas observadas e autorrelatadas pelas mães ↓ Sintomas externalizantes (exceto sintomas de hiperatividade e de desatenção) relatados pelos professores ↑ Competências sociais observadas em contexto escolar
2013	49 crianças do GE				- Efeitos mantiveram-se aos 12 meses de FU

Notas: PC Problemas de comportamento; PH/DA Perturbação de Hiperatividade/Défice de atenção GE Grupo experimental; GC Grupo controle; FU Follow-up; ↑ Aumento ou melhoria; ↓ Diminuição ou decréscimo

De uma forma geral, os estudos realizados com amostras de crianças com problemas de comportamento, onde a comorbidade com os problemas de atenção e hiperatividade é elevada (entre 40 a 50% segundo Webster-Stratton, 2007), mostraram que o programa é igualmente eficaz na redução de comportamentos característicos de hiperatividade, desatenção e impulsividade (Hartman, Stage, & Webster-Stratton, 2003; Scott et al., 2001). Resultados promissores a curto e a médio prazo foram recentemente revelados, em dois estudos de eficácia com pré-escolares em risco ou com sintomas de PH/DA, quando o programa é aplicado isoladamente (Jones et al., 2007; Jones, Daley, Hutchings, Bywater, & Eames, 2008) ou em combinação com o programa de intervenção AI para crianças (Webster-Stratton et al., 2011, 2013).

Hartman e colaboradores (2003) reanalisaram uma amostra de crianças entre os 4 e os 7 anos de idade, cujos pais receberam intervenção parental em grupo ao longo de 22 a 24 sessões, com o objetivo de investigar o efeito dos sintomas de PH/DA como fator preditor dos resultados do tratamento. Os resultados mostraram que os rapazes com problemas de comportamento e níveis elevados de problemas atencionais tiveram ganhos terapêuticos semelhantes ao grupo de crianças sem problemas atencionais, e que esses problemas (de PH/DA) diminuíram, tal como já tinha sido reportado num estudo de Scott e colaboradores (2001) com uma amostra de crianças entre os 3 e os 8 anos de idade com comportamentos antissociais.

Noutro estudo em que se avaliou a eficácia do programa Básico para pais aplicado ao longo de 12 semanas consecutivas numa amostra aleatorizada de crianças entre os 3 e os 4 anos de idade de meios desfavorecidos, em risco de virem a desenvolver problemas de comportamento externalizante (Hutchings et al., 2007a), Jones e colaboradores (2007) reanalisaram o impacto do programa numa subamostra com sinais precoces de PH/DA. Os resultados pós-intervenção revelaram que as crianças cujos pais receberam o programa AI demonstraram um decréscimo significativo dos sintomas característicos de PH/DA, comparativamente ao grupo de controlo. Estes efeitos persistem, independentemente das melhorias observadas nos comportamentos desviantes das crianças. Respetivamente, 52% das crianças na condição intervenção e 21% das crianças na condição controlo apresentaram uma mudança clinicamente significativa. Estes ganhos mantiveram-se ao longo das avaliações de *follow-up*, aos 12 e 18 meses (Jones et al., 2008).

Mais recentemente foi avaliada a eficácia de programas AI (Webster-Stratton, 2011) (programa para pais AI - Básico e Avançado - em combinação com o programa terapêutico 'Dinossau' para crianças), implementados ao longo de 20 semanas numa amostra aleatorizada de 99 crianças pré-escolares (entre os 4 e os 6 anos) com diagnóstico de PH/DA e comorbidade com outros problemas de comportamento. Os resultados mostraram ganhos

terapêuticos significativos no grupo que recebeu a intervenção comparativamente ao grupo de controlo, no que concerne: i. ao decréscimo dos sintomas de PH/DA e de oposição/desafio; ii. ao incremento das competências sociais e de autorregulação emocional da criança reportadas pelas mães e pais; iii. ao aumento do uso de estratégias disciplinares positivas de acordo com a percepção das mães (e não dos pais) e com a avaliação de observadores independentes; iv. à diminuição dos sintomas externalizantes (mas não dos sintomas de hiperatividade e de desatenção) relatados pelos professores; v. à melhoria das competências sociais observadas em contexto escolar. Estes ganhos mantiveram-se no *follow-up* realizado aos 12 meses (Webster-Stratton et al., 2013).

Outros dois estudos exploratórios com amostras de crianças em idade escolar (com número reduzido de participantes) sugerem efeitos terapêuticos positivos após a implementação do programa de forma autoadministrada ao longo de 8 semanas (Ogg & Carlson, 2009) e após a intervenção parental de 20 semanas em grupo (Lees & Ronan, 2008). Respetivamente, no estudo de Ogg e Carlson (2009), apesar de terem sido encontradas mudanças menos consistentes nos sintomas centrais e periféricos da PH/DA, são descritas melhorias nas medidas que avaliam as estratégias parentais adaptativas. Lees e Ronan (2008), após a intervenção grupal, reportam melhorias em algumas medidas dos pais e educadores que avaliam os problemas de comportamento da criança e mudanças positivas no funcionamento da família, na interação pais-filhos, na confiança e na diminuição dos níveis de stresse e de depressão dos pais.

Os estudos emergentes revelam resultados promissores do programa para pais AI como estratégia de intervenção preventiva numa população em risco ou com sintomas de PH/DA, sobretudo em idades precoces. Apesar de serem necessários mais estudos que comprovem os benefícios do programa neste tipo de população específica, a evidência existente e os princípios teóricos orientadores dos AI são sugestivos da sua aplicabilidade e eficácia (Webster-Stratton et al., 2012).

2.4.2 O Racional: Adequação dos Princípios Gerais dos AI-Básico a Crianças com Características de PH/DA

Apesar de o programa Básico para Pais AI não ser um programa especificamente desenhado para a PH/DA, mas sim um programa para pais em geral, os modelos teóricos que lhe estão subjacentes parecem adequar-se de forma positiva às necessidades e características específicas das famílias e crianças com comportamentos característicos de PH/DA, que encontram no programa o suporte e competências necessárias para a diminuição dos fatores de risco associados.

Os componentes nucleares do programa, baseados nas teorias da aprendizagem social, modelamento e vinculação, envolvem aspetos emocionais e cognitivos para além dos comportamentais, reforçam os laços entre pais e filhos, promovem estilos parentais mais atentos e responsivos, assim como, estratégias efetivas de reforçar, dar ordens, estabelecer limites e de autorregulação. Estes aspetos, entre outros, conduzem a: i. uma melhoria das relações entre pais e filhos, que se encontram muitas vezes desgastadas e centradas nos comportamentos negativos, nos casos das crianças com PH/DA (Jonhston & Mash, 2001); para além disso, as relações construtivas entre pais-filhos motivam a criança e contribuem para o desenvolvimento da atenção e controlo do impulso (Sonuga-Barke et al., 2006); ii. uma maior atenção aos aspetos positivos da criança e aceitação das suas características; iii. um desenvolvimento e treino de competências que se encontram em défice nas crianças com características de PH/DA, nomeadamente das aptidões de autorregulação emocional, social e de persistência (e.g., saber esperar, ouvir, seguir instruções, tolerar a frustração) (Daley et al., 2009; Sonuga-Barke et al., 2002); iv. um aumento de estratégias de autocontrolo dos pais e, conseqüentemente, das crianças o que, juntamente com o treino de autorregulação emocional, contribui para quebrar o círculo de interações coercivas característico da PH/DA e dos problemas externalizantes (Patterson et al., 2000); v. uma melhoria dos sentimentos de autoeficácia dos pais e diminuição do stresse presente nas famílias de crianças com PH/DA (e.g., DuPaul et al., 2001; Fisher, 1990); vi. uma rede de suporte no grupo, que ajuda a diminuir os sentimentos de estigmatização e isolamento que muitas vezes estão presentes nestas famílias (e.g., Jonhston & Mash, 2001); vii. uma maior capacidade de resolução de problemas por parte dos pais, uma vez que o modelo dos AI implica capacidade de autorreflexão, ferramenta esta importante para os pais de crianças com características que tendem a ser crónicas (e.g., Harvey, Youngwirth, Thakar, & Errazuriz, 2009; von Stauffenberg & Campbell, 2007).

Neste estudo utilizámos a versão do programa Básico para pais anterior a 2008, versão existente quando o programa foi traduzido e adaptado para português. Tomando em consideração as limitações financeiras que a investigação científica em Portugal enfrenta, não foi uma opção viável reiniciar esse processo com uma nova versão do programa Básico para pais. Para além disso, a maior parte da investigação e evidência empírica do programa foi realizada com base na versão anterior, dos 3 aos 8 anos de idade (Hutchings & Gardner, 2012).

De acordo com algumas das recomendações da autora do programa no que diz respeito à sua aplicação a pais de crianças com problemas de comportamento externalizante (população de prevenção indicada) (Webster-Stratton, 2007), aquando da nossa estadia na *Parenting Clinic* em Seattle, em 2008, e após consultoria com uma das mais reconhecidas coautoras dos AI, a Doutora Jamila Reid, a duração do programa foi estendida até ao máximo de 14 sessões e foram realizados alguns ajustamentos. Estes visaram prestar mais atenção a alguns dos conteúdos da

última versão do programa, mais adequados e sensíveis às questões da autorregulação e características das crianças com sintomas de PH/DA. Neste sentido, sem deixar de seguir todos os métodos indicados e cobrindo os conteúdos preconizados pelo programa, deu-se particular atenção aos seguintes aspetos: i. Na primeira parte do programa foi dado maior enfoque ao Treino académico, social, emocional e de persistência (sessão 3), formas específicas de comentários descritivos com o objetivo de promover as competências de autorregulação das crianças; ii. A meio do programa o tópico das rotinas mereceu maior destaque (sessão 7), dada a importância de rotinas consistentes e previsíveis em crianças com características de hiperatividade; iii. Na segunda parte do programa o tópico das estratégias de autocontrolo dos pais, transversal às últimas sessões, foi reforçado pelo modelamento de estratégias idênticas nos filhos e porque, muitas vezes os próprios pais não têm competências suficientes para treinar estas estratégias nas crianças, uma vez que eles próprios sentem dificuldades a este nível, em particular dificuldades de autorregulação (Sonuga-Barke et al., 2002); iv. Tomando em consideração que as crianças alvo do estudo têm muitas vezes associados comportamentos de oposição e desafio, enfatizou-se o tempo de pausa como estratégia de topo da pirâmide para lidar com comportamentos destrutivos, agressivos e de desobediência extrema (sessões 11 e 12); v. O tópico da Resolução de Problemas, para além de ser abordado na última sessão, foi reforçado na primeira sessão de seguimento (*booster session*); vi. Os telefonemas semanais do facilitador aos pais foram recomendados e a sua importância enfatizada em todos os grupos realizados, de forma a reforçar os esforços dos pais na implementação e treino de novas estratégias, assim como incentivar (dar suporte) à realização das atividades para casa.

As crianças da amostra deste estudo são crianças com comportamentos de hiperatividade, impulsividade e desatenção mas não com um diagnóstico clínico de PH/DA. No entanto, para crianças com diagnóstico de PH/DA em idade pré-escolar a autora do programa recomenda que a intervenção parental inclua os programas Básico e Avançado (20 sessões). Para além disso, desenvolveu um protocolo de aplicação do programa adaptado às necessidades específicas das crianças com estas características, que contempla uma descrição exaustiva dos objetivos e agenda de cada sessão (e.g., identificação das vinhetas aconselhadas) e particularidades a serem consideradas na aplicação do programa (Webster-Stratton, 2007; <http://incredibleyears.com/resources/gl/parent-program>).

A intervenção preventiva em idade precoce, com crianças em risco de vir a desenvolver PH/DA, pode ter um impacto positivo na trajetória de desenvolvimento destas crianças e na prevenção de problemas de comportamento no futuro (Webster-Stratton, 2011). O presente estudo visa contribuir para a análise do impacto de uma intervenção psicossocial específica, os AI-Básico, a curto e a médio prazo, numa amostra de crianças pré-escolares portuguesas. Por um lado, visa-se contribuir para um incremento da literatura nesta área, mas sobretudo

colmatar uma das lacunas da prática clínica em Portugal, testando a eficácia de um programa estandardizado e empiricamente validado noutros países, o qual pode constituir uma ferramenta de intervenção de qualidade e efetiva ao nível de custos.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. Richards (Ed.), *The integration of the child into the social world*. Cambridge: Cambridge University Press.
- American Academy of Child Adolescent Psychiatry (AACAP, 2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894-921. doi:10.1097/chi.0b013e318054e724
- American Academy of Pediatrics (AAP, 2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1-16. doi: 10.1542/peds.2011-2654
- American Psychological Association, Presidential task force on evidence-based practice (APA, 2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-185. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271
- Aos, S., Lee, S., Drake, E., Pennucci, A., Klima, T., Miller,... Burley, M. (2011). *Return on investment: Evidence-based options to improve statewide outcomes*. Document N0.11-07-1201. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Axberg, U., & Broberg, A. G. (2012). Evaluation of "The Incredible Years" in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(3), 224-232. doi: 10.1111/j.1467-9450.2012.00955.x
- Azevedo, A., Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Homem, T. C., & Marques, B. (2010). The "Incredible Years Parent Training Programme" in families of preschoolers with disruptive behavior symptoms: Does it work? Preliminary data with a clinical Portuguese sample. In E. J. Knorth, M. E. Kalverboer, & J. Knot-Dickscheit (Eds.), *Inside Out - How interventions in child and family care work: An international source book* (pp. 147-150). Antwerp - Apeldoorn: Garant Publishers.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Barkley, R. A. (1981). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A., Shelton, T. L., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S,... Metevia, L. (2000). Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behavior: Preliminary results at post-treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 319-332. doi:10.1111/1469-7610.00616

- Belsky, J. (1997). Variation in susceptibility to environmental influence: An evolutionary argument. *Psychology Inquiry*, 8(3), 182-186. doi: 10.1207/s15327965pli0803_3
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 571-587. doi: 10.1023/A:1020807613155
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness, and depression*. New York: Basic Books.
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 180-189. doi: 10.1207/s15374424jccp2702_5
- Bronfenbrenner, U. (1986). The ecology of the family as a context for human development. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742. doi: 10.1037/0012-1649.22.6.723
- Brotman, L. M., Klein, R. G., Kamboukos, D., Brown, E. J., Coard, S. I., & Sosinsky, L. S. (2003). Preventive intervention for urban, low-income preschoolers at familial risk for conduct problems: A randomized pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(2), 246-257. doi: 10.1207/S15374424JCCP3202_10
- Cabral, A., Ferreira, A. C., Santos, J., Gaspar, M. F., Silva, P., & Eufrazia, R. (2009/2010). *Uma aventura no mundo da família*. Gouveia: Edições GAF.
- Campbell, S. B. (1994). Hard-to-manage preschool boys: Externalizing behavior, social competence, and family context at two-year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 147-166. doi: 10.1007/BF02167897
- Campbell, S. B., & Ewing, L. J. (1990). Follow-up of hard-to-manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 871-889. doi: 10.1111/j.1469-7610.1990.tb00831.x
- Charach A., Dashti, B., Carson, P., Booker, L., Lim, C.G., Lillie, E, ... Schachar R. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder: Effectiveness of treatment in at-risk preschoolers; long-term effectiveness in all ages; and variability in prevalence, diagnosis, and treatment. *Comparative Effectiveness Review*, 44 (Prepared by the McMaster University Evidence-based Practice Center). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retirado de www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm. Accessed 30 November 2012.
- Chronis-Tuscano, A., Chacko, A., Fabiano, G., Wymbs, B., & Pelham, W. (2004). Enhancements to the behavioural parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 7(1), 1-27. doi: 10.1023/B:CCFP.0000020190.60808.a4
- Cunningham, C. E., & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 555-569. doi:10.1023/A:1020855429085.

- Cunningham, C. E., Bremner, R. B., & Secord-Gilbert, M. (1998). *COPE, the Community Parent Education Program: A school based family system oriented workshop for parents of children with disruptive behavior disorders (Leader's manual)*. Hamilton, ON: COPE Works.
- Daley, D., Jones, K., Hutchings, J., & Thompson, M. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children: Current findings, recommended interventions and future directions. *Child: Care Health and Development*, 35(6), 754-766. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00938
- Deault, L. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Human Development*, 41, 168-192. doi: 10.1007/s10578-009-0159-4
- Drugli, M. B., & Larsson, B. (2006). Children aged 4-8 years treated with parent training and child therapy because of conduct problems: Generalization effects to day-care and school setting *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 392-399. doi: 10.1007/s00787-006-0546-3
- DuPaul, G., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 508-515. doi:10.1097/00004583-200105000-00009
- Eames, C., Daley, D., Hutchings, J., Whitaker, C. J., Jones, K., Hughes, J. C., & Bywater, T. (2009). Treatment fidelity as a predictor of behavior change in parents attending group-based parent training. *Child: Care, Health and Development*, 35, 603-612. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00975.x
- Edwards, R. T., Ceilleachair, A., Bywater, T., Hughes, D. A., & Hutchings, J. (2007). Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: Cost effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 334, 682-688. doi: 10.1136/bmj.39126.699421.55
- Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1995). Parent-child interaction therapy: A psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 83-91.
- Eyberg, S., Funderburk, B., Hembree-Kigin, T., McNeil, C., Querido, J., & Hood, K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, 23, 1-20. doi: 10.1300/J019v23n04_01
- Ferreira, A. (2013). *A satisfação com o Programa Anos Incríveis Básico numa amostra de crianças pré-escolares com problemas de comportamento* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Fisher, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 337-346. doi:10.1207/s15374424jccp1904_5
- Forehand, R. L., & McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. New York: The Guilford Press.

- Funderburk, B. W., Eyberg, S. M., Newcomb, K., McNeil, C. B., Hembree-Kigin, T., & Capage, L. (1998). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Maintenance of treatment effects in the school setting. *Child and Family Behaviour Therapy, 20*(8), 17–38. doi: 10.1300/J019v20n02_02
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S., & Donnelly, M. (2012). Behavioral and cognitive-behavioral group-based parenting programs for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2*. Art. No: CD008225. doi: 10.1002/14651858.CD008225.pub2.
- Gallagher, N. (2003). *Effects of parent-child interaction therapy on young children with disruptive behavior disorders. Bridges: Practice-Based Research Syntheses, 1*, 1-17. Retirado de http://www.wbpress.com/index.php?main_page=product_book_info&products_id=232
- Gardner, F., Burton, J., & Klimes, I. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 47*(11), 1123-1132. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01668.x
- Gaspar, M. F. (2004). *Projeto Mais-Pais*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Gaspar, M., & Seabra-Santos, M. (2008). First results from the translation, implementation and researching of the Webster-Stratton “Incredible Years” Basic Parenting Programme in Portugal. In C. Canali, T. Vecchiato & J. Whittaker (Eds.). *Assessing the “evidence-base” of intervention for vulnerable children and their families* (pp.115-117). Padova: Fondazione Emanuela Zancan onlus.
- Gaspar, M. F., Seabra-Santos, M. J., Vale, V., Silva, I., Azevedo, A., & Homem, T. (2012, Outubro). *The Incredible Years parent and teacher programmes in Portugal*. Comunicação apresentada na Conferência Europeia de Suporte Parental, em Haia na Holanda. Retirado de www.youthpolicy.nl/yp/.../Think-Parent-workshop-14-Portugal.pdf
- Ghuman, J. K., A. Arnold, L. E., & Anthony, B. J. (2008). Psychopharmacology and other treatments in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Current evidence and practice. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 18*, 413-447. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.001
- Hartman, R. R., Stage, S. A., & Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: Examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(3), 388-398. doi: 10.1111/1469-7610.00129
- Harvey, E., Youngwirth, S., Thakar, D., & Errazuriz, P. (2009). Predicting attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder from preschool diagnostic assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 349-354. doi:10.1037/a0014638

- Healey, D., Flory, J., Miller, C., & Halperin, J. (2011). Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool children. *Infant and Child Development, 20*, 148-161. doi:10.1002/icd.682
- Herbert, S., Harvey, E., Roberts, J., Wichowski, K., & Lugo-Vandelas, C. (2013). A randomized controlled trial of a parent training and emotion socialization program for families of hyperactive preschool-age children. *Behavior Therapy, 44*(2), 302-316. doi: 10.1016/j.beth.2012.10.004
- Homem, T., Gaspar, F., Seabra-Santos, M., Azevedo, A. & Pimentel, M. (2011, Outubro). *Impacto do programa de intervenção parental Anos Incríveis nos problemas de comportamento externalizantes em crianças pré-escolares*. Poster apresentado no 1º Seminário de Intervenção Psicológica com Crianças e Adolescentes, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Homem, T., Gaspar, M., Seabra-Santos, M., Canavarro, C., & Azevedo, A. (2013). Perturbações de comportamento externalizante em idade pré-escolar: O caso específico da perturbação de oposição. *Análise Psicológica, 1*, 31-48.
- Hutchings, J. (2012). Introducing, researching, and disseminating the Incredible Years programmes in Wales. *International Journal of Conflict and Violence, 6*(2), 225-233. doi: 0070-ijcv-2012261.
- Hutchings, J., Bywater, T., & Daley, D. (2007b). Early prevention of conduct disorder: How and why did the North West Wales Sure Start Study work? *Journal of Children's Services, 2*, 16-23. doi: 10.1108/17466660200700012
- Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., & Edwards, R. (2007a). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: Pragmatic randomized controlled trial. *British Medical Journal, 334*, 678-682. doi:10.1136/bmj.39126.620799.55
- Hutchings, J., & Gardner, F. (2012). Support from the Start: Effective programs for three to eight year-olds. *Journal of Child Services, 7*(1), 29-40. doi: 10.1108/17466661211213652
- Hutchings, J., Gardner, F., & Lane, E. (2004). Making evidence based interventions work in clinical settings: Common and specific therapy factors and implementation fidelity. In C. Sutton, D. Utting & D. Farrington (Eds.), *Support from the Start: Working with young children and their families to reduce the risks of crime and antisocial behaviour* (Research Report No. 524). London: Department of Education and Skills.
- Johnston, C., & Jassy, J. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: Links to parent-child interactions. *Journal of Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 16*(2), 74-79.
- Johnston, C., & Mash, E. (2001). Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*(3), 183-207. doi: 10.1023/A:1017592030434

- Jones, K. (2008). *Early parent-based intervention for conduct problems and ADHD* (Unpublished doctoral dissertation). School of Psychology, Bangor University, Bangor.
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2007). Efficacy of the Incredible Years Basic parent training program as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: Care, Health and Development*, *33*, 749-756. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00747.x
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., Eames, C. (2008). Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: Long-term follow-up. *Child: Care, Health and Development*, *34*(3), 380-390. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00817.x
- Kazdin, E., & Weisz, J. R. (2010). Introduction: Context, background and goals. In J. R. Weisz & E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 3-10). New York, NY: Guilford Press.
- Keown, L. J., & Woodward, L. J. (2002). Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *30*(6), 541-553. doi: 10.1023/A:1020803412247
- Kern, L., DuPaul, G. J., Volpe, R. J., Sokol, N. G., Lutz, J. G., Arbolino, L. A., ..., VanBrakle, J. D. (2007). Multi-setting assessment-based intervention for young children at risk for attention deficit hyperactivity disorder: Initial effects on academic and behavioral functioning. *School Psychology Review*, *36*, 237-255. Retrieved from <http://www.nasponline.org/publications/spr/pdf/spr362kern.pdf>
- Knight, L., Rooney, M., & Chronis-Tuscano, A. (2008). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, *10*(5), 412-418. doi: 10.1007/s11920-008-0066-6
- Kollins, S., Greenhill, L., Swanson, J., Wigal, S., Abikoff, H., McCracken, J., Bauzo, A. (2006). Rationale, design, and methods of the preschool ADHD treatment study (PATS). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(11), 1275-1283. doi:10.1097/01.chi0000235074.86919.dc
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M., Handegard, B., & Mørch, W. (2008). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *18*(1), 42-52. doi: 10.1007/s00787-008-0702-z
- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Gouze, K. R., Cicchetti, C., Pochly, J., Arend, R., ... Binns, H. J. (2008). Treating Oppositional Defiant Disorder in primary care: A comparison of three models. *Journal of Pediatric Psychology*, *33*(5), 449-461. doi:10.1093/jpepsy/jsm074
- Lee, P., Niew, W., Yang, H., Chen, V., & Lin, K. (2012). A meta-analysis of behavioural parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, *33*, 2040-2049. doi: 10.1016/j.ridd.2012.05.011

- Lees, D., & Ronan, K. (2008). Engagement and effectiveness of parent management training (Incredible Years) for solo high-risk mothers: A multiple baseline evaluation. *Behaviour Change*, 25(2), 109-128. Retirado de 67.199.123.90/Library/items/engagement-and-effectiveness_Lees_08.pdf
- Linares, L. O., Montalto, D., MinMin, L., & Oza, V. S. (2006). A promising parent intervention in foster care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 32-41. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.32
- Lindsay, G., Strand, S., & Davis, H. (2011). A comparison of the effectiveness of three parenting programmes in improving parenting skills, parental mental-well being and children's behavior when implemented on a large scale in community settings in 18 English local authorities: The parenting early intervention pathfinder (PEIP). *BioMed Central Public Health*, 11, 962. doi: 10.1186/1471-2458-11-962
- Little, M., Berry, V., Morpeth, L., Blower, S., Axford, N., Taylor, R., ..., Tobin, K. (2012). The impact of three evidence-based programmes delivered in public systems in Birmingham, UK. *International Journal of Conflict and Violence*, 6(2), 260-272.
- Marcynyszyn, L., Maher, E., & Corwin, T. (2011). Getting with the (evidence-based) program: An evaluation of the Incredible Years Parenting Training Program in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 33(5), 747-757. doi:10.1016/j.childyouth.2010.11.021
- Matos, M., & Bauermeister, J., & Bernal, G. (2009). Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Family Process*, 48(2), 232-252. doi:10.1111/j.1545-5300.2009.01279.x
- McGoey, K., DuPaul, G., Eckert, T., Volpe, R., & Van Brackle, J. (2005). Outcomes of a multi-component intervention for preschool children at-risk for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child & Family Behavior Therapy*, 27, 33-56. doi: 10.1300/J019v27n01_03
- McNeil, C. B., Eyberg, S., Eisenstadt, T. H., Newcomb, K., & Funderburk, B. (1991). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Generalization of treatment effects to the school setting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 140-151. doi: 10.1207/s15374424jccp2002_5
- Menting, A.T., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 901-913. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.006>
- Mihalic, S., Fagan, A., Irwin, K., Ballard, D., & Elliot, D. (2002). *Blueprints for violence prevention replications: Factors for implementation success*. Boulder, Colorado: University of Colorado, Center for the Study of Prevention of Violence.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086. doi:10.1001/archpsyc.56.12.1073.
- Murray, D. (2010). Treatment of preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12, 374-381. doi: 10.1007/s11920-010-0142-6

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2008). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults* (NICE clinical guideline No 72). London: NICE. Retirado de www.nice.org.uk/CG72
- O'Connor, T., Matias, C., Futh, A., Tantam, G., & Scott, S. (2013). Social learning theory parenting intervention promotes attachment-based caregiving in young children: Randomized clinical trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(3), 358-370. doi: 10.1080/15374416.2012.723262
- Ogg, J. A., & Carlson, J. S. (2009). The self-administered Incredible Years parent training program: Perceived effectiveness, acceptability and integrity with children exhibiting symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Evidence-Based Practices for Schools*, 10(2), 143-161.
- O'Neill, D., McGilloway, S., Donnelly, M., Bywater, T., & Kelly, P. (2013). A cost-effectiveness analysis of the Incredible Years parenting programme in reducing childhood health inequalities. *The European Journal of Health Economics*, 14(1), 85-94. doi: 10.1007/s10198-011-0342-y
- Patterson, G., Reid, J., & Dishion, T. (1992). *Antisocial boys: A social interactional approach* (Vol. 4). Eugene, OR: Castalia Publishing.
- Patterson, G., DeGarmo, D., & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology*, 12, 91-106. doi: 10.1017/S0954579400001061
- Pelham, W., & Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 184-214. doi: 10.1080/15374410701818681
- Piaget, J. (1988). Extracts from Piaget's theory. In K. Richardson & S. Sheldon (Eds.), *Cognitive development to adolescence: A reader* (pp. 3—18). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Pisterman, S., Firestone, P., McGrath, P., Goodman, J.T., Webster, I., Mallory, R., & Goffin, B. (1992). The role of parent training in treatment of preschoolers with ADDH. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 397-408. doi: 10.1037/h0079356
- Pisterman, S., McGrath, P., Firestone, P., Goodman, J. T., Webster, I., & Mallory, R. (1989). Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 628-635. doi:10.1037/0022-006X.57.5.628
- Posner, K., Pressman, A. W., & Greenhill, L. L. (2009). ADHD in preschool children. In Brown (Ed.), *ADHD comorbidities: ADHD complications in children and adults* (pp. 37-55). Arlington: American Psychiatry Publishing.
- Posthumus, J., Raaijmakers, M., Maassen, G., Engeland, H., & Matthys, W. (2011). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child and Psychology*, 40(4), 487-500. doi:10.1007/s10802-011-9580-9

- Rajwan, E., Chacko, A., & Moeller, M. (2012). Nonpharmacological interventions for preschool ADHD: State of the evidence and implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 520-526. doi: 10.1037/a0028812
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Beauchaine, T. P. (2001). Parent training in Head Start: A comparison of program response among African American, Asian American, Caucasian, and Hispanic mothers. *Prevention Science, 2*, 209-227. doi: 10.1023/A:1013618309070
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of care-taking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. Siegal (Eds.), *Review of Child Development Research* (Vol.4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Sanders, M. R. (1999). Triple P - Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review, 2*, 71-90. doi: 10.1037/0893-3200.22.3.506
- Scott, S., O'Connor, T.G., Futh, A., Matias, C., Price, J., & Doolan, M. (2010). Impact of a parenting program in a high-risk, multi-ethnic community: The PALS trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(12), 1331-1341. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02302.x. Epub 2010 Sep 24.
- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B., & Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for child antisocial behavior in clinical practice. *British Medical Journal, 323*, 194. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.323.7306.194>
- Seabra-Santos, M., & Gaspar, M. F. (2008). The Webster-Stratton "Incredible Years" (IY) Basic Parenting Programme: Parental satisfaction in a community group of Portuguese parents. In C. Canali, T. Vecchiato & J. Whittaker (Eds.), *Assessing the "Evidence-base" of Intervention for Vulnerable Children and their Families* (pp. 571-573). Padova: Fondazione Emanuela Zancan onlus.
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T., & Leitão, S. (2012, Março). *Developing and researching the Incredible Years programs in Portugal*. Paper presented at the Center for Evidence Based Early Intervention Annual Conference 2012 "Supporting Parents, Children and Teachers: Research and practice", Cardiff. Retirado de <http://incredibleyears.com/programs/implementation/implementation-examples/>
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T. C., & Pimentel, M. (2011). "Incredible Years" Parent Training Program in ADHD: Parents attendance and satisfaction. *ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 3*, 168-169.
- Silva, I., & Gaspar, M. F. (2012, mês). *Does Webster-Stratton Incredible Years Basic programme work in Portuguese residential child care? First preliminary results*. Poster presented at the 8th BASPCAN British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect Congress "Keeping children safe in an uncertain world", Belfast.
- Sonuga-Barke, E., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M.,... & Sergeant, J. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review and meta-analyses of randomized

- controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 275-289.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Dalen, L., & Remington, B. (2003). Do executive deficits and delay aversion make independent contributions to preschool attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1335-1342. doi: 10.1097/01.chi.0000087564.34977.21
- Sonuga-Barke, E.J., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 696-702.
- Sonuga-Barke, E., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for pre-school attention deficit/hyperactivity disorder: A randomized controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 402-408. doi: 10.1097/00004583-200104000-000
- Sonuga-Barke, E., & Halperin, J. (2010). Developmental phenotypes and causal pathways in attention/hyperactivity disorder: Potential targets for early intervention? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 368-389. doi:10.1111/j.1469 7610.2009.02195.x
- Sonuga-Barke, E.J., Koerting, J., Smith, E., McCann, D.C., & Thompson, M. (2011). Early detection and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(4), 557-63. doi: 10.1586/ern.11.39
- Sonuga-Barke, E., Thompson, M., Abikoff, H., Klein, R., & Brotman, L. M. (2006). Nonpharmacological interventions for preschoolers with ADHD: The case for specialized parent training. *Infants and Young Children*, 19(2), 142-153.
- Spaccarelli, S., Cotler, S., & Penman, D. (1992). Problem-solving skills training as a supplement to behavioral parent training. *Cognitive Therapy and Research*, 16(1), 1-18. doi:10.1007/BF01172953
- Strayhorn, J. M., & Weidman, C. S. (1989). Reduction of attention deficit and internalizing symptoms in preschoolers through parent-child interaction training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 888-896. doi:10.1097/00004583-198911000-00013
- Taylor, T. K., Schmidt, F., Pepler, D., & Hodgins, H. (1998). A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's Parents and Children Series in a children's mental health center: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 29, 221-240.
- Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Ayres, M., Le Poidevin, E., Mead, S.... Sonuga-Barke, E. (2009). A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programs for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 605-616. doi: 10.1007/s00787-009-0020-0

- Vale, V. M. (2011). *Tecer para não ter de remendar: O desenvolvimento socioemocional em idade pré-escolar e o programa Anos Incríveis para Educadores de Infância*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese não publicada), Universidade de Coimbra, Coimbra.
- von Stauffenberg, C., & Campbell, S. B. (2007). Predicting the early developmental course of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Developmental Psychology, 28*, 536-552. doi:10.1016/j.appdev.2007.06.011
- Webster-Stratton, C. (1981). Modification of mothers' behaviors and attitudes through videotape modeling group discussion program. *Behavior Therapy, 12*, 634-642. doi: 10.1016/S0005-7894(81)80135-9
- Webster-Stratton, C. (1982a). The long term effects of a videotape modeling parent training programme: Comparison of immediate and 1-year follow-up results. *Behaviour Therapy, 13*, 702-714.
- Webster-Stratton, C. (1982b). Teaching mothers through videotape modeling to change their children's behaviors. *Journal of Pediatric Psychology, 7*, 279-294. doi: 10.1093/jpepsy/7.3.279
- Webster-Stratton, C. (1990a). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 479-492. Retirado de http://67.199.123.90/library/items/enhancing-the-effectiveness-video-training_1990.pdf
- Webster-Stratton, C. (1990b). Long-term follow-up of families with young conduct problem children: From preschool to grade school. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*(2), 144-149. doi: 10.1207/s15374424jccp1902_6
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 583-593. doi: 10.1037/0022-006X.62.3.583
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(5), 715-730.
- Webster-Stratton, C. (2001). *The parent and child series: A comprehensive course divided into four programs—Leaders' guide*. Seattle: The Incredible Years.
- Webster-Stratton, C. (2005). *The Incredible Years: A troubleshooting guide for parents of children ages 3-8 years*. Seattle: Incredible Years Press.
- Webster-Stratton, C. (2007). Tailoring the Incredible Years Parenting Program according to children's developmental needs and family risk factors. In J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of Parent Training* (pp.305-344). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Webster-Stratton, C. (2009). Affirming diversity: Multi-cultural collaboration to deliver the Incredible Years Parent Programs. *The International Journal of Child Health and Human Development, 2*(1), 17-32. Retirado de http://67.199.123.90/Library/items/Affirming-diversity_09.pdf

- Webster-Stratton, C. (2010). *Os Anos Incríveis: Guia de resolução de problemas para pais de crianças dos 2 aos 8 anos de idade* (M. I. Donnas Botto, Tradução; M. F. Gaspar & M. J. Seabra-Santos, Revisão científica). Braga: Psiquilíbrios Edições (Original publicado em 2005)
- Webster-Stratton, C. (2011). *The Incredible Years Parents, Teachers, and Children's Training Series: Program content, methods, research and dissemination 1980-2011*. Seattle: Incredible Years Inc.
- Webster-Stratton, C. (2012). *Collaborating with Parents to Reduce Children's Behavior Problems: A Book for Therapists Using the Incredible Years Programs*. Seattle: Incredible Years Inc.
- Webster-Stratton, C., Gaspar, M., & Seabra-Santos, M. (2012). Incredible Years ® parent, teachers and children's series: Transportability to Portugal of early intervention programs for preventing conduct problems and promoting social and emotional competence. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 157-169. doi:10.5093/in2012a15
- Webster-Stratton C., & Hancock, L. (1998). Parent-training for young children with conduct problems. Content, methods and therapeutic process. In: Schaefer, C. E. (Editor). *Handbook of Parent-training*. New York: Wiley.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109. doi: 10.1037/0022-006X.65.1.93
- Webster-Stratton C., & Herbert, N. (1994). *Troubled families-problem children: Working with parents: A collaborative process*. Chichester: Wiley & Sons.
- Webster-Stratton, C. & Herman, K. (2008). The impact of parent behaviour-management training on child depressive symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 473-484. doi: 10.1037/a0013664
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T., & Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 550-553. doi: 10.1037/0022-006X.57.4.550
- Webster-Stratton, C., Kolpacoff, M., & Hollinsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: Comparison with two cost-effective treatments and a control group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 558-566. Retirado de http://67.199.123.90/Library/items/self-administered-video-therapy_88.pdf
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2010). The Incredible Years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 194-210). New York: Guilford Publications.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2012). The Incredible Years: Evidence-based parenting and child programs for families involved in the child welfare system. In A. Rubin & D. W. Springer (Eds.), *Programs and interventions for maltreated children and families at risk* (pp. 10-32). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T. P. (2011). Combining Parent and Child Training for Young Children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*, 1-13. doi: 10.1080/15374416.2011.546044
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T.P. (2013). One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 42*(2), 251-261. doi: 10.1080/15374416.2012.7232
- Webster-Stratton, C., Reid, M., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*(3), 283-302. doi:10.1207/S15374424JCCP3003_2
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 105-124. doi: 10.1207/S15374424JCCP3301_11
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., Hurlburt, M., & Marsenich, L. (2011). *Improving therapist fidelity during EBP implementation*. Seattle, WA: University of Washington.
- Weeks, A., Thompson, M., & Laver-Bradbury, C. (1999). *Information manual for professionals working with families with hyperactive children aged 2-9 years*. Ashurst, England: Ashurst Child & Family Evidence Centre.
- Wigal, T., Greenhill, L., Chuang, S., McGough, J., Vitiello, B., Skrobala, A., & Stehli, A. (2006). Safety and tolerability of methylphenidate in preschool children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*, 1294-1303. doi: 10.1097/01.chi.0000235082.63156.27
- Young, S., & Amarasinghe, M. (2010). Practioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(2), 116-133. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02191.x

PARTE II

Aspetos Metodológicos Gerais

Capítulo 3

3. Aspectos Metodológicos Gerais

Uma vez que o estudo empírico realizado é apresentado através de diferentes artigos, este capítulo visa descrever os objetivos, procedimentos e opções metodológicas que orientaram este trabalho de investigação no seu conjunto, de forma a clarificar e a proporcionar um carácter unificador à leitura desta dissertação.

3.1 Objetivos Gerais do Estudo

O objetivo primordial deste trabalho de investigação consistiu em avaliar a eficácia de um programa parental específico (o Programa Básico para Pais *Anos Incríveis*) a curto e a médio prazo, numa amostra de crianças Portuguesas em idade pré-escolar consideradas em risco de virem a desenvolver PH/DA, pelo facto de apresentarem comportamentos característicos desta perturbação (cf. Estudo 1 e Estudo 2). De forma a responder à necessidade de implementar em Portugal programas de prevenção e intervenção precoce empiricamente validados, pretendeu-se, também, avaliar a aceitação e o nível de adesão à intervenção dos principais cuidadores da criança (neste caso, as mães); e a sua satisfação face aos principais métodos e estratégias desenvolvidos ao longo do programa AI (cf. Estudo 1 e Estudo 3). Secundariamente, os dados recolhidos permitiram-nos caracterizar do ponto de vista comportamental (cf. Estudo 1 e Estudo 3) as crianças pré-escolares da nossa amostra (crianças em risco de vir a desenvolver uma PH/DA) bem como as suas mães (cf. Estudo 1 e Estudo 3) relativamente a variáveis sociodemográficas, clínicas (e.g., humor, sintomas de PH/DA) e da parentalidade (e.g., práticas parentais e competência parental). Para além, disso este estudo permitiu-nos explorar a generalização dos resultados do contexto casa para o contexto educativo (cf. Estudo 1 e Estudo 2). No Quadro 7 são apresentados de forma sucinta os objetivos gerais do estudo e a relação entre estes e os três estudos empíricos apresentados na terceira parte deste trabalho.

Quadro 7. Relação entre os objetivos da investigação e os estudos empíricos realizados

Objetivos gerais	Objetivos secundários	Estudos empíricos
<p>Avaliar a eficácia do Programa <i>Anos Incríveis</i> Básico para Pais a curto prazo, numa amostra de crianças pré-escolares Portuguesas com comportamentos de PH/DA, em variáveis da criança (e.g., comportamentos de PH/DA, de oposição e pró-sociais) e da mãe (e.g., práticas parentais, sentido de competência parental)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Caraterizar as principais características (e.g., sociodemográficas) das crianças e das suas mães - Conhecer o impacto da intervenção em contexto escolar (generalização dos resultados) - Explorar o significado clínico da mudança a curto prazo 	<p>Estudo 1. The Incredible Years Basic Parent Training for Portuguese Preschoolers with AD/HD Behaviors: Does it Make a Difference?</p>
<p>Avaliar o impacto e a manutenção dos efeitos da intervenção a médio prazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar o significado clínico da mudança a médio prazo 	<p>Estudo 2. A Parent-Based Intervention Programme involving Preschoolers with AD/HD Behaviours: Are Children's and Mothers' Effects Sustained over Time?</p>
<p>Estudar as diferenças na mudança dos sujeitos aos 12 meses após a intervenção, de acordo com a severidade inicial dos comportamentos de PH/DA</p>		<p>Estudo 3. Do Portuguese Preschoolers with High Hyperactivity Behaviors Make More Progress than those with Low Hyperactivity after Parental Intervention?</p>
<p>Estudar a aceitação (satisfação) e o nível de adesão das mães portuguesas da amostra ao programa de intervenção AI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar a taxa de adesão ao programa AI - Investigar o grau de satisfação das mães com o programa (e.g., utilidade e dificuldade dos métodos e estratégias; facilitadores; suporte do grupo) - Explorar as diferenças de níveis de satisfação nas mães face aos principais métodos e estratégias desenvolvidas ao longo do programa de acordo com a severidade inicial dos comportamentos de PH/DA 	<p>Estudo 1 e Estudo 3</p>

3.2 Hipóteses

Tomando em consideração o objetivo principal deste estudo, foi formulado um conjunto de hipóteses específicas, apresentadas seguidamente.

3.2.1 Resultados da Intervenção a Curto Prazo (Estudo 1)

A. *Hipóteses relativas ao grupo de intervenção vs grupo de controlo ou lista de espera do momento pré- para o pós-intervenção*

Relativamente à interação (tempo X grupo) entre os dois momentos de avaliação (pré e pós-intervenção) e os dois grupos (experimental e controlo), esperávamos os seguintes resultados em relação ao grupo experimental comparativamente ao grupo de controlo: i. diminuição significativa dos comportamentos de PH/DA das crianças de acordo com a perceção das mães; ii. aumento significativo do sentido de competência parental, no que concerne a satisfação e a eficácia com a parentalidade, de acordo com o autorrelato das mães; iii. redução significativa das práticas parentais disfuncionais (sobrerreatividade, laxismo e verbosidade) de acordo com autorrelato das mães; iv. aumento significativo das práticas parentais positivas e de *coaching* observadas ao longo de uma tarefa de interação mãe-filho; v. redução significativa dos comportamentos de parentalidade negativa (e.g., críticas e ordens) observados nas mães ao longo de uma tarefa de interação mãe-filho.

Pretendeu-se ainda explorar os efeitos de interação (tempo X grupo) no que diz respeito aos comportamentos de oposição/agressividade e competências sociais das crianças observados ao longo da tarefa de interação mãe-filho e relatados pelas mães.

3.2.2 Resultados da Intervenção a Médio Prazo (Estudo 2)

B. *Hipóteses relativas ao estudo longitudinal a médio-prazo*

Neste estudo longitudinal de três medidas no tempo (pré- e pós-intervenção e *follow-up* 12 meses) no grupo experimental, esperávamos: i. redução estatisticamente significativa entre a avaliação pré-intervenção e a avaliação do *follow-up* 12 meses nas medidas das crianças e das mães para as quais a intervenção se mostrou eficaz do momento pré para o pós-intervenção (e.g., comportamentos de PH/DA, práticas parentais); ii. ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações pós-intervenção e *follow-up* 12 meses, ou seja, esperávamos a manutenção dos efeitos da intervenção ao longo do tempo.

3.2.3 Resultados da Intervenção de acordo com a Severidade dos Comportamentos de Hiperatividade na Linha de Base (Estudo 3)

Relativamente a este objetivo, não foram desenvolvidas hipóteses específicas, uma vez que a literatura não é concordante em relação a este tópico (e.g., Hautmann et al., 2010; Jones, Daley, Hutchings, Bywater, Eames, 2008). Interessava-nos estudar se haveria diferenças na mudança verificada entre as avaliações pré-intervenção e 12 meses após a linha de base, entre um subgrupo de crianças com um nível elevado de comportamentos de PH/DA e um subgrupo de crianças com um nível baixo de comportamentos de PH/DA na linha de base, em algumas variáveis definidas para este estudo como foco da intervenção (comportamentos de PH/DA e comportamentos de oposição/agressividade da criança) e em variáveis relacionadas com práticas parentais disfuncionais e sintomas depressivos das mães.

3.2.4 Significado Clínico da Mudança (Estudo 2 e Estudo 3)

C. Hipóteses relativas ao significado clínico da mudança avaliada ao longo dos diferentes momentos da avaliação

Na avaliação pós-intervenção, relativamente às variáveis definidas para avaliar o significado clínico da mudança, esperávamos os seguintes resultados para o grupo experimental, comparativamente ao grupo de controlo (Estudo 2): i. elevada percentagem de crianças (mais de 50% dos casos) com uma redução igual ou superior a 30% dos comportamentos de PH/DA no *Werry-Weiss-Peters Activity Scale* (WWPAS) relatados pelas mães na linha de base; ii. aumento significativo da percentagem de crianças que mudaram de um nível moderado a elevado de risco clínico para um nível normativo (Major, 2011), quer no contexto familiar, quer escolar.

Na comparação entre os resultados pós-intervenção e os do *follow-up* 12 meses, relativamente à mudança definida como clínica no nosso estudo, esperávamos (Estudo 2): i. não encontrar diferenças significativas nas variáveis definidas para avaliar o significado clínico da mudança (ter uma redução igual ou superior a 30% dos comportamentos de PH/DA; estar abaixo do ponto de corte; mudar de um nível moderado a elevado de risco clínico para um nível normativo), ou seja, esperávamos a manutenção da mudança definida como clínica, ao longo do tempo.

3.2.5 Adesão ao Programa AI e níveis de Aceitação/Satisfação (Estudo 1)

D. Hipóteses relativas à adesão e avaliação da aceitação do programa AI pelos participantes no estudo

Em relação à adesão e satisfação com o programa, esperámos encontrar: i. elevada taxa de adesão ao programa (a maioria dos sujeitos com uma frequência igual ou superior a 2/3 do programa: nove sessões); ii. elevado grau de satisfação com programa (entre as pontuações 5 e 7, numa escala cujas pontuações variam entre 1 e 7); iii. classificação elevada (pontuações entre 5 e 7) no item referente à recomendação do programa a um amigo ou familiar.

Finalmente, ainda que sem termos partido de hipóteses específicas, a satisfação das mães relativamente aos métodos e estratégias utilizadas ao longo do programa AI, nomeadamente no que concerne a utilidade e a facilidade dos mesmos, foi também explorada e comparada entre dois subgrupos de crianças com diferentes níveis de comportamentos de hiperatividade na linha de base (cf. Estudo 3).

3.3 Seleção da Amostra

A amostra do presente trabalho de investigação faz parte de um estudo longitudinal mais abrangente (que designaremos a partir de agora por “estudo-mãe”), o projeto ‘*Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: Eficácia de programas parentais e escolares*’, financiado pela FCT e pelo FEDER-COMPETE de que é investigadora principal M. F. Gaspar (ver Gaspar et al., 2012), cujo objetivo é estudar a eficácia dos Programas *Anos Incríveis* para Pais e Educadores em crianças em idade pré-escolar em risco de virem a desenvolver problemas disruptivos do comportamento. A recolha da amostra decorreu entre janeiro de 2009 e setembro de 2011, em Coimbra e no Porto, e é composta por sujeitos encaminhados de dois contextos distintos: um contexto clínico e um contexto da comunidade. Especificamente, a amostra é constituída por participantes encaminhados pela Consulta de Desenvolvimento do Hospital Pediátrico de Coimbra, de clínicas privadas e Centros de Saúde do distrito de Coimbra e da Consulta de Pedopsiquiatria do Hospital Magalhães Lemos no Porto; e por participantes triados ou encaminhados de diferentes jardins-de-infância do distrito de Coimbra, ou pais que tiveram conhecimento do estudo através de um anúncio colocado num jornal local diário, pelo *blog* do projeto (<http://projectopaismaesincríveis.blogspot.pt/>) ou por intermédio de outros pais ou pessoas que já conheciam o projeto.

Como critérios de inclusão nesta subamostra (pré-escolares em risco de virem a desenvolver PH/DA), considerámos: ter entre 3 e 6 anos de idade; estar a frequentar o jardim-de-infância; pontuar acima do ponto de corte considerado como limítrofe para a população portuguesa (Abreu-Lima et al., 2010) na subescala de hiperatividade (≥ 7) e/ou na subescala de problemas de comportamento (≥ 5) do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ; Goodman, 1997); pontuar acima do ponto de corte definido como de risco numa amostra Portuguesa (Eugénio, 2011) na Escala de Atividade *Werry-Weiss-Peters* (≥ 21) (WWPAS, Routh, 1978). Em relação aos principais cuidadores da criança, considerámos os seguintes critérios de inclusão: ter capacidade para ler em Português; estar interessado e ter disponibilidade para participar num Programa parental com a duração de 14 semanas; dar consentimento por escrito para participar num estudo aleatorizado e com diferentes fases de avaliação. Por outro lado, como critérios de exclusão para as crianças, considerámos: ter um diagnóstico de perturbação neurológica ou de perturbação do desenvolvimento (e.g., Perturbações do Espectro do Autismo) ou um atraso global de desenvolvimento severo; ter acompanhamento psicológico ou psicofarmacológico. A exclusão de crianças com os diagnósticos mencionados prendeu-se com o facto de poderem necessitar de outro tipo de intervenções para além da intervenção parental, assim como adaptações específicas do programa face às suas características desenvolvimentais, pelo que representam desafios acrescidos para pais e clínicos (Roberts & Pickering, 2010). Por outro lado, a exclusão de crianças em acompanhamento prendeu-se unicamente com o desenho e objetivos da investigação (avaliar a eficácia de um programa de intervenção em comparação com uma lista de espera), no sentido de não confundir os eventuais efeitos de diferentes tipos de intervenção.

Tomando como ponto de partida a amostra global da qual esta subamostra foi selecionada (ver Figura 4 para melhor compreensão da composição da amostra), no total 455 crianças foram envolvidas no processo de triagem e 197 foram consideradas elegíveis para iniciar a avaliação (preencheram critério de inclusão do SDQ). Das 197 crianças apenas 125 terminaram a avaliação pré-intervenção, sendo que: 15 não quiseram iniciá-la; 49 não chegaram a terminá-la por terem entretanto desistido e 8 foram excluídas: 1 por ter idade fora do intervalo considerado elegível para este projeto; 1 por dificuldades cognitivas da mãe que comprometiam as suas capacidades de literacia; 1 por diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo; 2 por atraso severo no desenvolvimento que implicava um acompanhamento individual e sistemático da criança; 1 por ter acompanhamento psicológico; e 2 por terem acompanhamento psicofarmacológico.

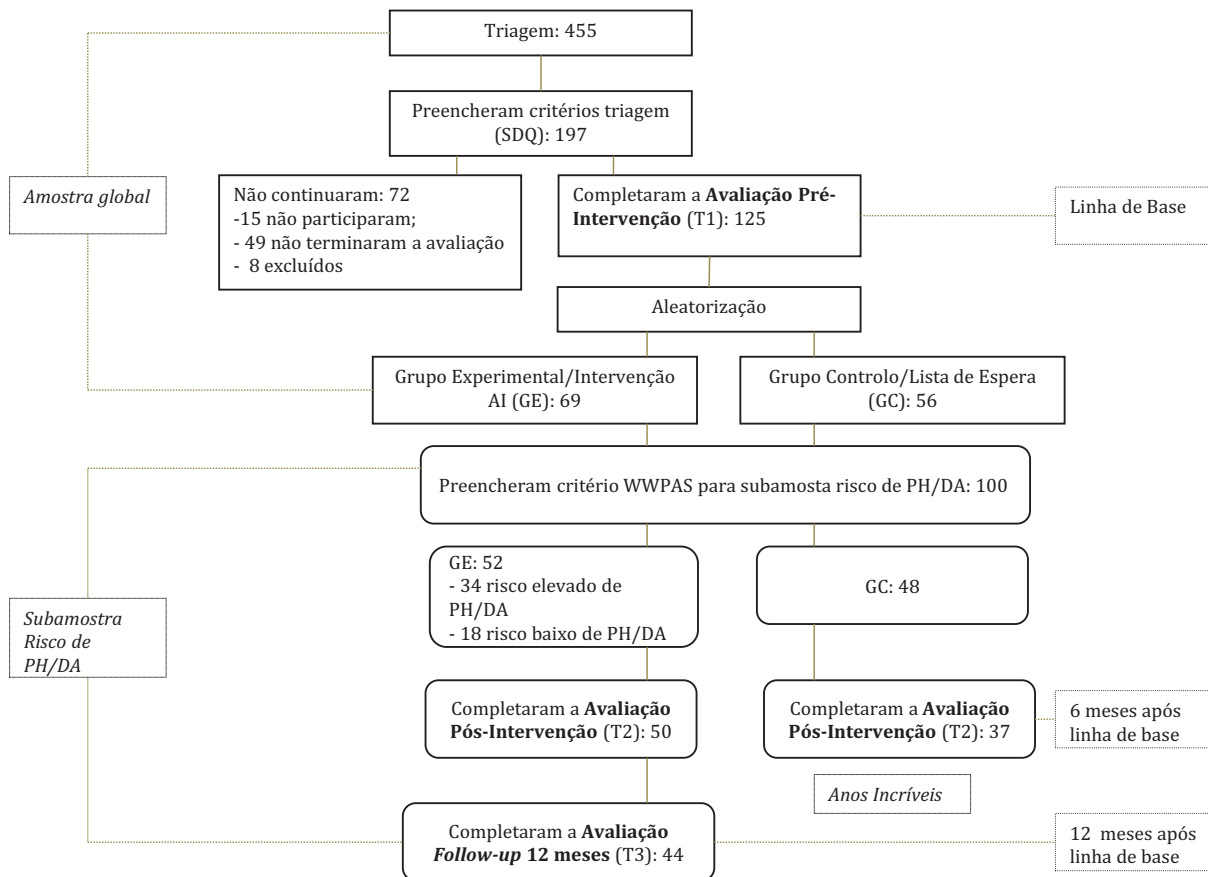


Figura 4. Fluxograma da amostra

As 125 crianças que preencheram critérios para o estudo-mãe foram aleatoriamente distribuídas por dois grupos: um experimental ou intervenção AI ($n = 69$); e um de controlo ou lista de espera ($n = 56$). Das 125 crianças 100 foram consideradas elegíveis para esta subamostra, por preencherem o critério de inclusão do WWPAS (pré-escolares em risco de virem a desenvolver PH/DA), tendo sido analisadas no âmbito deste estudo: 52 faziam parte do grupo experimental e 48 do grupo controlo. Das 52 crianças no grupo experimental cujos pais frequentaram a intervenção parental ao longo de 14 semanas, 50 completaram a avaliação pós-intervenção (6 meses após a linha de base) e 44 a avaliação *follow-up* 12 meses. Das 48 crianças do grupo de controlo, apenas 37 completaram a avaliação 6 meses após a linha de base. Por questões de ordem ética (ter crianças de idade pré-escolar, período crítico para a intervenção, identificadas pelos pais como tendo dificuldades comportamentais, em lista de espera para a intervenção durante um período longo de tempo) o grupo de controlo não foi avaliado no *follow-up* 12 meses, tendo sido oferecido aos pais dessas crianças o programa AI imediatamente após a avaliação pós-intervenção.

Das 100 crianças que constituíram a amostra deste trabalho de investigação 72% eram de sexo masculino e a média de idades foi de 4.20 anos ($DP = 0.89$). Em relação aos principais

cuidadores das crianças, todos eram mulheres (94% mães biológicas, 4% mães adotivas e 2% avós maternas) com uma média de idades de 35.54 anos ($DP = 5.83$). Participaram neste estudo outros 38 cuidadores, 23 no grupo experimental e 15 no grupo de controlo (87% pais biológicos, 5% pais adotivos, 3% avós paternos e 5% avós maternas), cujos dados não foram incluídos nas análises em virtude do tamanho reduzido deste subgrupo. Os estudos empíricos apresentados na terceira parte deste trabalho descrevem em pormenor as características dos grupos de sujeitos utilizados em cada um deles (Estudo 1: grupo de intervenção e grupo de controlo; Estudos 2 e 3: grupo de intervenção).

3.4 Instrumentos de Avaliação

Em seguida são apresentadas de forma sumária as principais dimensões e os instrumentos de avaliação utilizados neste estudo. Para dar ao leitor uma panorâmica geral dos instrumentos utilizados apresenta-se um quadro resumo (Quadro 8) com as suas principais características. Estes instrumentos estão descritos de uma forma mais pormenorizada nos três estudos empíricos realizados e no Anexo F da secção *Anexos* que, para além dos instrumentos de avaliação, compreende uma revisão dos estudos realizados com esses instrumentos em Portugal. Na mesma secção, de modo a respeitar os direitos de autor, são apresentados os primeiros itens de cada um dos questionários (cf. Anexo G).

De acordo com o objetivo central deste estudo (avaliar a eficácia do programa AI numa amostra de pré-escolares portugueses em risco de PH/DA) e atendendo à natureza dos comportamentos-alvo na faixa etária da nossa amostra (que muitas vezes se confundem e fazem parte do processo normativo de desenvolvimento das crianças) (DeWolfe, Byrne, & Bawden, 2000; Egger, Kondo, & Angold, 2006), a avaliação realizada ao longo dos diferentes momentos foi concebida de acordo com uma abordagem multidimensional e multimodal (Pelham, Chacko, & Wymbs, 2004; Wakschlag, Leventhal, & Thomas, 2007), que incluiu diferentes informadores (pais, educadores de infância, avaliador), diferentes métodos de avaliação (e.g., medidas de autorrelato e heterorrelato, entrevista, observação direta), diferentes dimensões (e.g., comportamentos da criança e dos pais, interação pais-filhos) e diferentes formas de avaliar o mesmo construto (e.g., entrevista e questionários para avaliar comportamentos de hiperatividade). Recorremos a instrumentos de avaliação estandardizados, que mostraram qualidades psicométricas adequadas em estudos internacionais semelhantes, alguns deles estudados em Portugal e outros traduzidos por nós e investigados posteriormente em amostras portuguesas.

Quadro 8. Principais características dos instrumentos utilizados

Instrumento	Construto avaliado	Composição e cotação	Amplitude	Valores de referência	Estudos em Portugal (idade pré-escolar)	Alfa amostra
Criança						
Questionário de Capacidades e Dificuldades, Versão para pais 3/4 e versão para Professores 3/4 (SDQ; Goodman, 2001)	Despiste comportamental	Questionário de 25 itens (5 itens por subescala: problemas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento, comportamentos pró-sociais); escala de 3 pontos	0 - 40 (Total Dificuldades) 0 - 10 (Subescalas)	Ponto de corte: 7 (HYP) 5 (CP) (Gaspar, submetido)	Abreu-Lima, Alarcão, Almeida, Brandão, Cruz, Gaspar & Santos, 2010 Aferição Portuguesa de Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2005 Santos, 2011 Silva, 2009	0.52 (HYP) 0.49 (CP)
Escala de Atividade Werry-Weiss-Peters (WWPPAS; Routh, 1978)	Medida geral de hiperatividade	Inventário de 27 itens (dois itens suplementares); escala de 3 pontos	0 - 54	Ponto de corte: 21 (Eugénio, 2011)	Almeida (2009) Eugénio (2011)	0.82
Guião de Entrevista semi-estruturada Parental Account of Children's Symptoms: Versão para ida de pré-escolar (PACS; Taylor et al., 1986; versão pré-escolar Sonuga-Barke, Lamparelli, Stevenson, Thompson, & Henry, 1994)	Problemas disruptivos do comportamento	Entrevista de 30 itens (12 hiperatividade e 16 problemas de comportamento; 2 itens de impacto); escala de 4 ou 5 pontos	0 - 37 (HYP) 0 - 54 (CP ¹)	Ponto de corte: 16 (Thompson et al., 2009)	Silva (2010) Antunes (2010)	0.59 (HYP) 0.72 (CP) 0.98 Acordo inter-avaliadores - ICC
Escala Comportamento para a Idade Pré-Escolar - 2, Versão para pais e educadores (PKBS-2; Merrell, 2002)	Aptidões sociais e problemas de comportamento (interiorizados e exteriorizados)	Inventário de 80 itens (34 aptidões sociais; 46 problemas de comportamento, 8 excesso de atividade/desatenção; 9 opositivo/explosivo); escala de 4 pontos	0 - 102 (SS) 0 - 138 (CP) 0 - 24 (O/I) 0 - 27 (O/A)	Ponto de corte - pais: 76 (SS); 16 (O/I); 19 (O/A) - educadores: 66 (SS); 15 (O/I); 15(O/A) (Major, 2011)	Aferição Portuguesa de Major, 2011	- pais: 0.92 (SS) 0.72 (O/I) 0.91 (O/A) - educadores: 0.89 (SS) 0.92 (O/I) 0.91(O/A)

País	
Escala de Estilos Parentais (PS; Arnold et al., 1993)	Práticas disciplinares disfuncionais Inventário de 30 itens (11 laxismo, 10 sobrereatividade, 7 verbosidade); escala de 7 pontos 1 - 7 3.41 (DP=0.57) (Total); 2.78 (DP=0.99) (LAX); 3.40 (DP=0.82) (OVER); 4.13 (DP=0.93) (VERB) (Antunes, 2010) Martins, 2010 0.71 (Total) 0.70 (LAX) 0.66 (OVER) 0.50 (VERB)
Escala de Sentido de Competência Parental (PSOC; Johnston & Mash, 1989)	Competência e Autoestima Parental Inventário de 17 itens (9 satisfação, 7 eficácia); escala de 5 pontos 16 - 80 (Escala total) 9 - 45 (SAT) 7 - 35 (EFFIC) 64.54 (DP=6.98) (Total) 33.81 (DP=4.91) (SAT) 26.24 (DP=3.80) (EFFIC) (Martins, 2010) Antunes (2010) Eugénio (2011) Martins (2010) 0.80 (Total) 0.70 (SAT) 0.83 (EFFIC)
Inventário de Depressão de Beck (BDI; Beck et al., 1961)	Sintomatologia depressiva Inventário de 21 itens; escala de 4 pontos 0 - 84 Ponto de corte (depressão leve): 17 (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973) Versão Portuguesa de Vaz Serra & Pio Abreu, 1973 0.90
Escala de Avaliação da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção em Adultos (AARS, Barkley & Murphy, 1998)	Sintomas de PH/DA Inventário de 18 itens (9 Desatenção e 9 Impulsivid./Hiperatividade) escala de 3 pontos 0 - 54 (Resultado total) 0 - 27 (Subescalas) Ponto de corte: 9 sintomas assinalados positivamente (Barkley & Murphy, 1998) Almeida (2009) 0.87(Total) 0.85 (INNAT) 0.74 (HYP)

Pais-filhos		
Sistema de Codificação da Interações Mãe/Pai- Criança (DPICS; Eyberg & Robinson, 1981)	Comportamentos da mãe e criança durante uma situação de interação	Grelha de cotação com 45 categorias (5 parentalidade positiva, 2 parentalidade negativa, 4 <i>coaching</i> , 7 comportamentos desviantes, 3 comportamentos pró-sociais); 5 intervalos de 5 minutos
		0.62 (PP) 0.67 (CP ²) 0.63(COACH) 0.80 (CD) 0.57 (CPS) -76% acordo inter-avaliadores -ICC: 0.97 (PP) 0.91 (CP ²) 0.73(COACH) 0.92 (CD) 0.53 (CPS)
Pais-Satisfação com o Programa		
Questionário de Avaliação semanal (Webster-Stratton, 2001)	Satisfação com componentes da sessão	Questionário de 5 itens; escala de 4 pontos
		Entre 0.63 e 0.85
Questionário de Avaliação Final (Webster-Stratton, 2001)	Satisfação com o programa	Questionário de 53 itens (16 satisfação geral, 16 utilidade/ dificuldade com metodologias do programa, 14 utilidade/dificuldade estratégias, 10 satisfação com facilitador, 4 suporte do grupo); escala de 7 pontos
		0.88

Notas: DP Desvio-padrão; ICC Correlação intraclasse; HYP Subescala de hiperatividade; CP Subescala de problemas de comportamento; SS Escala de aptidões sociais; CP¹ Escala de problemas de comportamento; O/I Subescala de excesso de atividade/desatenção; O/A Subescala opositivo/explosivo; LAX Subescala laxismo; OVER Subescala sobreatividade; VERB Subescala verbosidade; SAT Subescala satisfação; EFFIC Subescala eficácia; INMAT Subescala desatenção; PP Parentalidade positiva; CP² Parentalidade crítica; COACH Coaching; CD Comportamentos desviantes; CPS Comportamentos pró-sociais

Para recolher informação acerca da história clínica e de desenvolvimento da criança, utilizámos uma **Ficha de Anamnese** desenvolvida por nós. A informação foi recolhida com os cuidadores da criança através de uma entrevista semiestruturada, onde foram explorados dados sobre o seu desenvolvimento psicomotor e emocional, fatores de risco durante a gravidez, questões de saúde da criança e de outros elementos da família, existência ou não de sinalização prévia de dificuldades comportamentais noutros contextos, entre outros aspetos considerados pertinentes para o desenvolvimento infantil. Este momento permitiu o estabelecimento da relação entre os entrevistadores e os pais, um dos fatores importantes para aumentar o envolvimento destes ao longo do processo de avaliação e intervenção (Forehand & Kotchick, 2002; Koerting et al., 2013).

Com o objetivo de caracterizar o agregado familiar em relação a variáveis sociodemográficas (e.g., idade dos progenitores, estado civil, habilitações literárias, nível socioeconómico), utilizámos o **Questionário de Dados Sociodemográficos** da autora do programa AI (<http://incredibleyears.com/for-researchers/measures>), que foi preenchido pelo cuidador principal da criança. No presente estudo, o nível socioeconómico da família (baixo, médio e alto) foi categorizado tendo por base uma classificação estandardizada desenvolvida para a população portuguesa, que tem em consideração a categoria profissional e o nível de escolaridade de ambos os pais (Almeida, 1998; Simões, 2000). A área de residência (predominantemente urbana, moderadamente urbana e predominantemente rural) foi codificada de acordo com a Tipologia das Áreas Urbanas definida pelo Instituto Nacional de Estatística (2009) com base na freguesia de residência do agregado familiar. Para além disso, como indicador da quantidade de stresse externo à relação pais-filho, vivenciada pela figura parental na linha de base, utilizámos a versão Portuguesa (Santos, 1992) da **Escala de Stresse de Vida do Índice de Stresse Parental (PSI; Abidin, 1983)** que inclui uma lista de situações de vida potencialmente indutoras de stresse (e.g., desemprego no último ano, divórcio, dívidas).

Como os critérios de inclusão foram critérios não clínicos, baseados em resultados acima ou abaixo dos pontos de corte definidos em questionários de heterorrelato, para a triagem geral de crianças em risco de virem a desenvolver problemas disruptivos do comportamento utilizámos a versão Portuguesa (Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2005) do **Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ; Goodman, 2001)**. Este questionário, com versão equivalente para os pais e professores, tem sido amplamente estudado e utilizado em investigações similares (e.g., Jones, Daley, Hutchings, Bywater, & Eames, 2007; Hutchings et al., 2007). Permite fazer um despiste comportamental de forma breve, através do total de dificuldades identificadas, que inclui a avaliação de dimensões como os problemas emocionais, os problemas de comportamento, a hiperatividade e os problemas de relacionamento com os outros. Para além disso, o SDQ avalia os comportamentos pró-sociais da criança e inclui um

suplemento sobre o impacto dos problemas em diferentes áreas do funcionamento da criança. Ao longo do nosso estudo analisámos as escalas de problemas de comportamento (CP) e hiperatividade (HYP), por serem estas as que nos interessavam em função dos objetivos anteriormente descritos. Como segundo questionário de triagem, a partir do qual se definiu a subamostra deste estudo, utilizámos a **Escala de Atividade Werry-Weiss-Peters (WWPAS;** Routh, 1978) que fornece uma medida geral de hiperatividade e tem itens adaptados às características desenvolvimentais da idade pré-escolar (e.g., inclui situações como desenhar, brincar, refeições).

De acordo com o pressuposto anterior, de concebermos uma avaliação multimodal, incluímos na nossa bateria uma entrevista estandardizada e semiestruturada, com o objetivo de avaliar os sintomas de hiperatividade e os problemas de conduta, que muitas vezes coexistem em simultâneo (Beauchaine, Hinshaw, & Pang, 2010; Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000). O **Guião de Entrevista semiestruturada PACS** (Taylor et al., 1986) contempla duas dimensões, hiperatividade (HYP) e problemas de conduta (CP), e para cada uma delas inclui um item que avalia o grau de interferência ou impacto dos sintomas.

Ainda, com o objetivo de caracterizar e avaliar o impacto da intervenção nas diferentes dimensões do comportamento da criança, utilizámos a versão portuguesa (Major, 2011) das **Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar - 2 (PKBS-2;** Merrell, 2002) que permitem avaliar duas dimensões principais, uma delas relacionada com as aptidões sociais e a outra com os problemas de comportamento da criança (interiorizados ou exteriorizados) manifestados em casa ou em contexto escolar (pais e educadores podem preencher o questionário). Para este estudo, para além da escala de aptidões sociais (SS), analisámos duas das subescalas da dimensão problemas de comportamento exteriorizados: a subescala Excesso de Atividade/Desatenção (O/I) e a subescala Oposição/Explosivo (O/A).

Na avaliação da eficácia de um programa de intervenção parental é essencial considerar não só medidas de avaliação dos resultados na criança, mas também medidas de avaliação dos resultados nos pais (Cunningham, 2007), o que justificou a inclusão de variáveis relacionadas com os estilos e competência parental, humor e outros problemas psicológicos. As características da parentalidade e as relações entre pais e filhos na PH/DA enquanto fatores de risco e manutenção dos problemas têm sido alvo de inúmeros estudos (Deault, 2010; Johnston & Mash, 2001), indicativos de interações pais-filhos negativas (e.g., Healey, Flory, Miller, & Halperin, 2011; Keown, 2011), stresse familiar (e.g., DuPaul, McGoey, Eckert, & VanBrakle, 2001), práticas parentais disfuncionais (e.g., Cunningham & Boyle, 2002), reduzida satisfação com a parentalidade (e.g., Cunningham & Boyle, 2002) e de problemas psicológicos nos membros da família (e.g., Biederman, Faraone, Keenan, Knee, & Tsuang, 1990; DeWolfe, et al., 2000).

Para avaliarmos as práticas disciplinares a que os pais recorrem em diferentes situações para disciplinar os filhos usámos a **Escala de Estilos Parentais (PS;** Arnold, O'Leary, Wolff, & Acker, 1993). Esta escala permite avaliar três dimensões diferentes, ou seja, três tipos de práticas disciplinares disfuncionais, mais especificamente, baseadas no Laxismo (LAX), na Sobrerreatividade (OVER) e na Verbosidade (VERB).

Uma vez que os programas de intervenção parental podem ter um papel importante no aumento da autoestima e autoconfiança dos pais de crianças com PH/DA (Pimentel, 2008), com o objetivo de avaliar os sentimentos de satisfação (SAT) e eficácia (EFFIC) dos cuidadores da criança no desempenho do seu papel parental, antes e depois da intervenção, utilizámos a **Escala de Sentido de Competência Parental (PSOC;** Johnston & Mash, 1989).

O ajustamento psicológico dos pais, nomeadamente a presença de sintomas depressivos, é igualmente uma dimensão fundamental a considerar. Por um lado, porque a investigação tem sugerido que as intervenções parentais podem ter um impacto positivo nestes sintomas, cuja mudança pode funcionar como fator mediador dos resultados do tratamento na criança (e.g., Hutchings, Bywater, Williams, Lane, & Whitaker, 2012). Por outro lado, porque estes sintomas podem, por si só, funcionar como preditores de pior resposta ao tratamento (e.g., Owens et al., 2003; Reyno & McGrath, 2006). Outros estudos apontam para efeitos de tratamento independentes do nível inicial de sintomas depressivos da mãe (e.g., Beauchaine, Webster-Stratton, & Reid, 2005; Gardner, Hutchings, Bywater, & Whitaker, 2010). Como medida de autorrelato de sintomas depressivos, utilizámos a versão portuguesa (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973) do **Inventário da Depressão de Beck (BDI;** Beck Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961).

A existência de outros problemas, como a presença de sintomas de PH/DA nos pais, foi também despistada através da **Escala de Avaliação da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção em Adultos (AARS;** Barkley & Murphy, 1998), que engloba a dimensão desatenção (INNAT) e a dimensão impulsividade/hiperatividade (HYP). A coocorrência do diagnóstico de PH/DA em familiares biológicos de primeiro grau é muito comum (Biederman et al., 1990).

Finalmente, como medida de observação direta da interação da criança com a mãe, utilizámos o **Sistema de Codificação das Interações Mãe/Pai-Criança (DPICS;** Eyberg & Robinson, 1981) que tem sido extensamente usado na investigação nesta área (e.g., Hutchings et al., 2007; Jones et al., 2007; Webster-Stratton, Reid, & Beauchaine, 2013). Através de uma situação social estandardizada, onde a criança brinca com a mãe, foi possível avaliar diferentes dimensões do comportamento da criança (comportamentos desviantes [CD] e pró-sociais [CPS]) e dos comportamentos da mãe (parentalidade positiva [PP], críticas e ordens [CP], comentários descritivos e *coaching* [COACH]) em três momentos diferentes: quando a criança lidera a

brincadeira; quando a mãe lidera a brincadeira e quando a criança tem de arrumar os brinquedos.

Avaliámos ainda a satisfação dos pais em relação ao programa AI, semanalmente e após as 14 sessões da intervenção, com o objetivo de monitorizar o envolvimento e a aceitação dos pais face ao programa. O **Questionário de avaliação semanal do programa para pais** (Webster-Stratton, 2001) avalia a satisfação em relação aos diferentes componentes do programa: conteúdo, DVDs, *role-play*, líderes e discussão no grupo. O **Questionário de avaliação final do programa para pais** (Webster-Stratton, 2001) permite avaliar de forma detalhada o programa *Anos Incríveis* em geral e, especificamente, a utilidade e dificuldade dos métodos e estratégias desenvolvidas, as competências dos dinamizadores e o apoio recebido do grupo de pais.

No Quadro 9 apresentamos as dimensões avaliadas no nosso estudo, os respetivos instrumentos de avaliação utilizados e os diferentes momentos do processo de avaliação em que foram administrados.

Quadro 9. Momentos, dimensões e instrumentos de avaliação do estudo

Momentos	Dimensões Avaliadas	Instrumentos
Triagem	<p>Variáveis da criança</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas de comportamento - Comportamentos de hiperatividade 	<p>SDQ (CP, HYP) WWPAS</p>
T1: Avaliação Pré-Intervenção	<p>Variáveis sócio-demográficas e clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - História clínica e de desenvolvimento da criança - Dados sociodemográficos <p>Variáveis da criança</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamentos de hiperatividade - Problemas de oposição/desafio - Aptidões sociais <p>Variáveis dos pais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Práticas disciplinares disfuncionais - Competência parental - Ajustamento psicológico - Stresse externo - Parentalidade positiva - Parentalidade crítica - <i>Coaching</i> 	<p>Ficha de anamnese</p> <p>Questionário de dados sociodemográficos</p> <p>PACS (HYP) + PKBS (O/I) PACS (CP¹) + PKBS (O/A) + DPICS (CD) PKBS (SS) + DPICS (CPS)</p> <p>PS (LAX, OVER, VERB) PSOC (SAT, EFFIC) BDI + AARS (INNAT, HYP) PSI (STRESSE VIDA) DPICS (PP) DPICS (CP²) DPICS (COACH)</p>
Aleatorização: Grupo Experimental (GE) e Grupo controlo (GC)	<p>Anos Iniciais</p> <p>Grupo Experimental</p>	<p>Grupo Controlo</p>

<p><i>Estudo 1</i> (6 meses)</p>	<p>T2: Avaliação Pós-Intervenção (Grupo Experimental e Grupo de Controle)</p> <p>Variáveis da criança</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamentos de hiperatividade - Problemas de oposição/desafio - Aptidões sociais <p>Variáveis dos pais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Práticas disciplinares disfuncionais - Competência parental - Ajustamento psicológico - Parentalidade positiva - Parentalidade crítica - <i>Coaching</i> <p>Durante e Após Intervenção Anos Incríveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfação semanal - Satisfação final 	<p>SDQ + WWVPAS +PACS (HYP) + PKBS (O/I) PACS (CP¹) + PKBS (O/A) + DPICS (CD) PKBS (SS) + DPICS (CPS)</p> <p>PS (LAX, OVER, VERB) PSOC (SAT, EFFIC) BDI DPICS (PP) DPICS (CP²) DPICS (COACH)</p> <p>Questionário de avaliação semanal Questionário de satisfação final</p>
<p><i>Estudo 2</i></p>	<p>T3: Follow-up 12 meses (Só no Grupo Experimental)</p>	
<p><i>Estudo 3</i> (12 meses)</p>	<p>Avaliação igual a T2</p>	<p>Mesmos instrumentos que em T2</p>

Notas: SDQ Questionário de Capacidades e Dificuldades; CP Subescala de problemas de comportamento; HYP Subescala de hiperatividade; WWVPAS Escala de Atividade Werry-Weiss-Peters; PACS Guiaão de Entrevista Semiestruturada *Parental Account of Children's Symptoms*; PKBS Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar - 2; O/I Subescala de excesso de atividade/desatenção; CP¹ Escala de problemas de comportamento; O/A Subescala opositivo/explosivo DPICS Sistema de Codificação das Interações Mãe/Pai-Criança *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System*; CD Comportamentos desviantes; CPS Comportamentos pró-sociais; SS Escala de aptidões sociais; PS Escala de Estilos Parentais; LAX Subescala laxismo; OVER Subescala sobrereatividade; VERB Subescala verbosidade; PSOC Escala de Sentido de Competência Parental; SAT Subescala satisfação; EFFIC Subescala eficácia; BDI Inventário da Depressão de Beck; AAARS Escala de Avaliação da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção em Adultos; INMAT Subescala desatenção; PP Parentalidade positiva; CP² Parentalidade crítica; COACH Coaching

3.5 Procedimentos

Com vista à prossecução dos objetivos anteriormente descritos, este estudo incluiu diferentes etapas, caracterizadas por um conjunto de procedimentos metodológicos aplicados de igual forma a todos os participantes. Note-se que os procedimentos aqui descritos são os mesmos que foram utilizados no estudo-mãe. Os princípios éticos específicos do Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses (Regulamento do Diário da República n.º 258/2011 de 20 de Abril de 2011; https://www.ordemos psicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo_deontolaogico.pdf) foram respeitados, bem como foram solicitadas e concedidas todas as autorizações necessárias pelas entidades competentes para a boa realização deste estudo. Mais especificamente foi: i. autorizada a utilização do programa AI pela autora (Carolyn Webster-Stratton); ii. garantida a proteção e confidencialidade dos dados dos sujeitos através da aprovação do estudo pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD); iii. aprovada a realização do estudo pela Comissão de Ética do Hospital parceiro, após análise do protocolo de investigação; iv. dado o consentimento informado por todas as famílias, após explicação detalhada (oral e escrita) sobre os procedimentos do estudo e sua relevância (cf. Anexo H); v. garantido o uso dos dados apenas para fins de investigação e o acesso fácil aos resultados obtidos através de um *blog*, construído para fins de divulgação no âmbito do projeto de investigação.

3.5.1 Divulgação do Projeto e Triagem

A recolha de dados para este estudo foi precedida por algumas etapas prévias que incluíram a realização de um estudo piloto com crianças pré-escolares em risco de vir a desenvolver PH/DA, estudo este realizado na FPCEUC (10 crianças: correspondentes a 10 mães e 4 pais a participarem em grupos AI).

Numa primeira fase de divulgação do estudo foram agendadas diversas reuniões para apresentação do projeto e distribuição de folhetos informativos (cf. Anexo I) em diferentes instituições públicas e privadas: Consulta de Desenvolvimento e Consulta de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra; Centros de Saúde ($n = 4$), clínicas privadas com serviço de Pediatria do distrito de Coimbra ($n = 12$); Direção Regional de Educação do Centro e jardins-de-infância da zona de Coimbra ($n = 41$). Foi também estabelecido um protocolo de colaboração com a Consulta de Pedopsiquiatria do Hospital Magalhães Lemos no Porto, para encaminhamento e implementação da intervenção. O projeto foi ainda divulgado através da colocação de um anúncio num jornal local diário e através de um *blog* construído para esse mesmo efeito.

No primeiro contacto entre a equipa de investigação e as famílias (que podia ser feito por nós, caso a família fosse encaminhada por um dos serviços atrás mencionados, ou pela própria família), após explicação sucinta do estudo era preenchido o questionário de triagem para pais (SDQ). Todos os sujeitos elegíveis e selecionados de acordo com o critério de inclusão do SDQ, foram convidados para participar no projeto de forma voluntária e gratuita e informados de forma detalhada acerca das diferentes etapas e procedimentos do estudo, assim como sobre o processo de avaliação e possibilidade de ficarem 6 meses à espera da intervenção, em consequência do processo de aleatorização. Todas as famílias que viriam a participar deram o seu consentimento informado por escrito.

3.5.2 Avaliação Pré-Intervenção (Estabelecimento da Linha de Base)

Na fase de avaliação pré-intervenção (T1) 100 famílias foram entrevistadas (a mãe, ambos os pais ou outros membros do agregado familiar foram entrevistados e convidados a participar no estudo) para recolha de dados sociodemográficos (questionário de dados sociodemográficos) e história clínica da criança (ficha de anamnese). Estas entrevistas foram, na sua maioria, realizadas por duas psicólogas clínicas (a autora deste trabalho e outra doutoranda da equipa do projeto). Posteriormente, todas as crianças e pais foram avaliados (por avaliadores diferentes) ao longo de cerca de 2h e 30m, no Centro de Prestação de Serviços à Comunidade da FPCEUC ou no Hospital Magalhães Lemos no Porto, por duas avaliadoras independentes (Mestres em Psicologia com experiência em avaliação psicológica) com treino específico no protocolo de avaliação deste estudo. Nesta etapa todos os pais preencheram os mesmos questionários (WWPAS, PKBS, PSOC, PS, PSI, BDI, AARS), foram avaliados com a mesma entrevista de diagnóstico semiestruturada (PACS) e a respetiva interação com a criança foi observada com recurso ao DPICS (grelha de observação da interação mãe-filho). Foram enviados dois questionários para todos os educadores de infância das crianças envolvidas no processo de avaliação (SDQ e PKBS, versão para educadores). No âmbito do estudo-mãe foram ainda aplicados outros questionários aos pais, testes e tarefas de avaliação psicológica à criança (cf. Seabra-Santos et al., 2013), que se encontram fora do âmbito do presente estudo de investigação.

3.5.3 Aleatorização

Após a avaliação pré-intervenção, a amostra foi estratificada de acordo com a idade e género da criança e aleatoriamente distribuída (Almeida & Freire, 2007) por dois grupos: grupo de intervenção/experimental (GE) e grupo de controlo (GC). A seleção aleatória dos casos a

incluir na amostra foi feita manualmente pela autora do estudo e outro membro da equipa do projeto-mãe, numa proporção aproximada de 3:2.

3.5.4 Intervenção (Programa Básico para Pais Anos Incríveis)

Os cuidadores das crianças do grupo experimental (principal cuidador = 52; outro cuidador = 23) foram alvo de intervenção imediatamente a seguir à avaliação na linha de base, ao longo de 14 semanas consecutivas em sessões com uma duração aproximada de 2 horas. A intervenção parental em grupos de 9 a 12 pais decorreu no Centro de Prestação de Serviços à Comunidade da FPCEUC ou no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Magalhães Lemos no Porto. Todos os grupos (no total foram realizados 11 grupos AI: 2 no Porto e 9 em Coimbra) foram liderados por dois líderes previamente treinados no programa AI (6 líderes de grupos de pais AI foram envolvidos neste estudo: 2 no Porto e 4 em Coimbra). Para evitar a mortalidade experimental e aumentar a adesão dos pais ao programa, as sessões de grupo decorreram ao final do dia, em horário pós-laboral (entre as 18.00h e 20.00h em Coimbra; entre as 17.00h e as 19.00h no Porto); foi disponibilizado serviço de *baby-sitting* gratuito para todas as crianças do agregado familiar; e foi oferecido um lanche leve a todos os participantes. Foi ainda estabelecido um contacto telefónico regular (semanal) e individual com cada pai ou mãe; e sempre que um dos elementos faltasse ao grupo os materiais da sessão eram enviados por correio ou *email* e essa pessoa era convidada para vir mais cedo à sessão seguinte, de forma a serem revistos os tópicos principais da sessão à qual tinha faltado (Webster-Stratton, 2001). Foram incluídas duas sessões de seguimento (*booster sessions*) 3 e 9 meses após o término do programa, para revisão dos princípios e estratégias fundamentais da intervenção, com o objetivo de salvaguardar a manutenção dos ganhos, prevenir recaídas e reforçar as competências parentais e da rede de suporte através do grupo (e.g., Lees & Ronan, 2008; Posthumus, Raaijmakers, Maassen, Engeland, & Matthys, 2011).

A meio do programa AI todos os educadores de infância das crianças no grupo experimental (à exceção dos grupos realizados no Porto) foram convidados a frequentar uma breve sessão de esclarecimento sobre os princípios e objetivos fundamentais do programa de intervenção parental.

Para garantir os pressupostos de fidelidade e integridade na aplicação deste protocolo de intervenção manualizado (e.g., Hutchings & Gardner, 2012) foram tidos em consideração os seguintes cuidados em relação aos líderes dos grupos: i. estes eram profissionais com experiência ampla nas áreas da Psicologia/Psiquiatria e Psicoterapia; ii. tinham dinamizado anteriormente pelo menos um grupo de pais AI; iii. frequentaram a formação inicial para Líder de Grupo de Pais ministrada durante 3 dias, orientada por um Mentor autorizado da agência dos

Anos Incríveis (<http://incredibleyears.com/certification-gl/application-information>); iv. eram líderes certificados no programa AI ou em processo de certificação, ou seja líderes que mostraram, através de um processo de supervisão, que possuem um bom domínio do programa e sabem implementá-lo de acordo com os seus princípios e requisitos; v. a maioria das sessões de grupo foi filmada para autoavaliação semanal, bem como para supervisão periódica entre os membros da equipa (<http://incredibleyears.com/resources/gl/measures-and-forms>) e para suporte por membros externos da agência dos *Anos Incríveis*. Igualmente no sentido de garantir a implementação fidedigna, todos os materiais da intervenção estavam traduzidos em Português e eram standardizados entre os grupos. No final de cada sessão os líderes preenchiem um questionário elaborado pela autora do programa para avaliar se todos os tópicos da sessão tinham sido abordados ou o que tinha sido deixado para a sessão seguinte (cf. Anexo E) e analisavam os questionários de satisfação semanal preenchidos pelos pais (cf. Anexo B).

Dado que este estudo envolve a avaliação da eficácia de um Programa de intervenção parental numa amostra portuguesa específica, os objetivos gerais de duas das sessões do programa foram incluídos na secção *Anexos* (cf. Anexo J) deste trabalho e uma descrição pormenorizada do programa AI constitui o tema de um capítulo independente (Capítulo 2).

3.5.5 Avaliação Pós-Intervenção (6 meses após a Linha de Base)

A segunda avaliação pós-intervenção (T2) decorreu aproximadamente seis meses após o estabelecimento da linha de base. O protocolo de avaliação anteriormente usado foi aplicado novamente a todos os participantes (GE, GC). Foram realizados todos os esforços possíveis para manter os avaliadores ‘cegos’ em relação ao grupo de origem dos participantes. Em função desse objetivo, na marcação de todas as avaliações foi expressamente pedido às famílias que não revelassem se tinham ou não recebido o programa de intervenção.

Tomando em consideração o carácter longitudinal deste estudo, foram considerados alguns procedimentos específicos com o objetivo de reduzir a perda amostral ao longo do estudo (Prinz et al., 2001): i. foi dada informação clara e detalhada desde o início (informação presente na folha do Consentimento informado assinada por todas as famílias) sobre as diferentes fases da investigação, incluindo os diferentes momentos de avaliação, e o papel dos participantes em cada uma delas; ii. foram enviadas mensagens de telemóvel no dia anterior à avaliação para relembrar o horário da mesma, assim como depois da avaliação para solicitar o envio dos questionários, quando estes não eram recebidos no dia da avaliação ou até quinze dias após a realização da mesma; iii. foram enviados antecipadamente pelo correio os questionários a serem preenchidos pelos pais e educadora, de forma a serem entregues no dia da avaliação e

deram-se recompensas às criança após a finalização de cada uma das fases do processo de avaliação (esta estratégia só começou a ser implementada a meio do estudo); iv. foi estabelecido contacto telefónico personalizado com todos as famílias que mostraram dificuldades no envio atempado dos questionários; v. foi mantido contacto ao longo do tempo com todas as famílias do estudo, através do envio de emails em alturas festivas (e.g., Natal) e da dinamização do *blog*.

3.5.6 Avaliação Follow-up (12 meses após a Linha de Base)

Como referido anteriormente, por questões éticas o grupo de controlo não continuou a ser avaliado, tendo sido oferecida aos pais dessas crianças a possibilidade de frequentarem o programa AI.

Assim, a terceira avaliação, correspondente ao *follow-up* de 12 meses (T3) decorreu apenas para o grupo experimental e incluiu a administração dos mesmos questionários e aplicação da tarefa de observação. Esta avaliação foi repetida aos 18 meses de *follow-up*. Contudo, por constrangimentos de tempo, não nos foi possível integrar esses dados neste trabalho.

3.5.7 Desenho da investigação

Assim, estudámos a interação entre a variável “grupo” (GE e GC) e a variável “momento de avaliação” (pré e pós-intervenção) nos resultados dos diversos instrumentos de avaliação aplicados (cf. Estudo 1) e a evolução dos resultados do grupo experimental (GE) ao longo do tempo, em três momentos distintos de avaliação (cf. Estudo 2 e 3). Para compreensão do desenho da investigação utilizado neste estudo, apresentamos um esquema dos diferentes momentos estudados e dos respetivos grupos analisados (cf. Quadro 9).

3.6 Análise Estatística dos Dados

As análises estatísticas efetuadas ao longo deste trabalho foram realizadas através da versão 19 do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Todos os procedimentos estatísticos utilizados nos três estudos empíricos apresentados foram especificamente descritos em cada um deles, no final da secção referente ao *Método*. De seguida, apresentaremos algumas considerações que justificaram, partindo das nossas hipóteses, algumas das opções metodológicas tomadas com o objetivo de reduzir ao máximo a probabilidade de erro.

Para averiguar a equivalência dos grupos (controle e experimental) na linha de base usaram-se testes paramétricos, como o *t* de Student para amostras independentes (variáveis contínuas), e testes não paramétricos, como o Qui-quadrado (variáveis categoriais). As diferenças entre grupos em diferentes momentos de avaliação (pré e pós) e as diferenças para o mesmo grupo ao longo dos três momentos de avaliação (pré, pós e *follow-up*) foram examinadas com recurso à análise da variância para medidas repetidas, utilizando o *General Linear Model*. Esta opção parece ser adequada à nossa questão de investigação inicial e foi baseada no facto deste ser um dos procedimentos mais robustos para este tipo de comparações e ter capacidade para aumentar o poder estatístico das análises (Field, 2009; Tabachnick & Fidell, 2007). Nas análises com um único grupo em múltiplos momentos, utilizou-se uma abordagem restritiva, de correção dos graus de liberdade, através do teste de Greenhouse and Geisser (Tabachnick & Fidell, 2007).

Ao longo deste trabalho e análises, não só se considerou o poder do efeito, ou seja, se, por exemplo os grupos experimental e controle diferem após a intervenção (em geral usou-se como referência um nível de significância de 0.05; ou 0.1 consoante o tamanho da amostra), como a magnitude do efeito, ou seja o tamanho dessas diferenças (*American Psychological Association* [APA], 2010; Field, 2009). O tamanho do efeito foi avaliado através do *eta quadrado parcial* e foi interpretado de acordo com uma das grelhas proposta por Cohen (Cohen, 1988): 0.01 corresponde a uma magnitude pequena, 0.06 magnitude média e 0.14 magnitude elevada.

Outros testes não paramétricos (e.g., Mann-Whitney, McNemar) foram utilizados, quando as variáveis em causa eram categoriais ou quando os grupos em análise tinham um número de efetivos reduzido ($N < 30$ sujeitos). O coeficiente de correlação intraclasse, que avalia a consistência entre medidas do mesmo construto (Field, 2009), foi utilizado nos estudos do acordo entre informadores. O coeficiente alfa de *Cronbach* foi utilizado para calcular os coeficientes de consistência interna dos instrumentos utilizados na nossa amostra. Valores próximos de 0.80 e até de 0.70 são considerados bons níveis de consistência interna (Field, 2009).

Para além dos cálculos de poder *a priori*, relativos à amostra necessária para a concretização do estudo, calculou-se a capacidade de cada teste para detetar diferenças estatisticamente significativas (pequenas, médias ou elevadas) nesta amostra, através de análises de poder *post hoc*, realizadas através do programa G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007).

Para lidar com o atrito experimental, e com base em estudos similares (e.g., Jones et al., 2007; Hutchings et al., 2007), assim como nas diretrizes do *CONsolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) para estudos com amostras aleatoriamente distribuídas (Schulz, Douglas, & David, 2010) usámos, para além da análise dos dados existentes (análise *per protocol*), a análise

intention-to-treat (ITT), através da qual considerámos todos os casos e assumimos a ausência de mudança em relação à última avaliação disponível (Hollis & Campbell, 1999).

Apenas as variáveis que demonstraram efeitos de interação significativos ou marginalmente significativos da avaliação pré para a pós-intervenção foram incluídas no estudo longitudinal (cf. Estudo 2), uma vez que a ausência de um grupo de controlo no terceiro momento da avaliação podia enviesar a interpretação dos resultados (Webster-Stratton et al., 2013) e aumentar a probabilidade de ocorrência de erro de tipo I (detetar um efeito quando ele não existe).

Referências Bibliográficas

- Abidin, R. R. (1983). *Parenting Stress Index - Manual*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M., & Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010*. Retirado de http://www.cnpqjr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF
- Almeida, A. S. (2009). *Contributo para a avaliação da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção: Avaliação de sintomas em crianças e nos seus progenitores* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Almeida, L. (1988). *O raciocínio diferencial dos jovens portugueses: Avaliação, desenvolvimento e diferenciação*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington, DC: Author.
- Antunes, N. (2010). *A parentalidade e a criança: Estudo exploratório sobre a relação entre estilos parentais, sentido de competência parental e o comportamento da criança* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Arnold, D., O'Leary, S., Wolff, L., & Acker, M. (1993). The parenting scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment, 5*, 137-144. doi:10.1037/1040-3590.5.2.137
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. New York: The Guilford Press.
- Beauchaine, T., Hinshaw, S., & Pang, K. (2010). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*(4), 327-336. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01224.x
- Beauchaine, T. P., Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2005). Mediators, moderators and predictors of 1-year outcome among children treated for early-onset conduct problems: A latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 371-388. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.371
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*(6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Knee, D., & Tsuang, M. T. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 526-533. doi:10.1097/00004583-199007000-00004
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488. doi:10.1017/S0954579400003114
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum.
- Cunningham, C. (2007). A family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 60-72. doi: 10.1016/j.ambp.2006.05.003
- Cunningham, C. E., & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 555-569. doi:10.1023/A:1020855429085.
- Deault, L. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Human Development*, 41, 168-192. doi: 10.1007/s10578-009-0159-4
- DeWolfe, N. A., Byrne, J. M., & Bawden, H. N. (2000). ADHD in preschool children: Parent-rated psychosocial correlates. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42, 825-830. doi:10.1017/S0012162200001523
- DuPaul, G., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 508-515. doi:10.1097/00004583-200105000-00009
- Egger, H. L., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infant & Young Children*, 19(2), 109-122. Retirado de <http://journals.lww.com/iycjournal>
- Eugénio, S. (2011). *Sentido de competência parental em mães/pais de crianças em idade pré-escolar* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Eyberg, S. M., & Robinson, E. A. (1981). Dyadic parent-child interaction coding system. Seattle, WA, USA: Parenting Clinic, University of Washington.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.

- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (and sex and drugs and rock'n'roll)* (3rd ed.). London: Sage.
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). *Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)*. Retirado de www.sdqinfo.org.
- Forehand, R., & Kotchick, B. (2002). Behavioral parent training: Current challenges and potential solutions. *Journal of Child and Family Studies, 11*(4), 337-384. doi: 10.1023/A:1020913422609
- Gardner, F., Hutchings, J., Bywater, T., & Whitaker, C. (2010). Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcome in an effectiveness trial of a parenting intervention. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 39*(4), 1-13. doi:10.1080/15374416.2010.486315.
- Gaspar, M. F. (submetido). *SDQ frequency distribution for Portuguese 3-6 year olds*.
- Gaspar, M. F., & Alarcão, M. (2010, Fevereiro). *Avaliação da eficácia de intervenções de Educação Parental no desenvolvimento social e emocional da criança: Questionários e/ou observação directa?* Comunicação apresentada no VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Braga: Departamento de Psicologia da Universidade do Minho. [registo em CD]
- Gaspar, M. F., Seabra-Santos, M. J., Vale, V., Silva, I., Azevedo, A., & Homem, T. (2012, Outubro). *The Incredible Years parent and teacher programmes in Portugal*. Comunicação apresentada na Conferência Europeia de Suporte Parental, em Haia na Holanda. Retirado de www.youthpolicy.nl/yp/.../Think-Parent-workshop-14-Portugal.pdf
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines, 38*, 581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1337-1345. doi: 10.1097/00004583-200111000-00015
- Hautmann, C., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2010). The severely impaired do profit most: Short-term and long-term predictors of therapeutic change for a parent management training under routine care conditions for children with externalizing problem behavior. *European Child and Adolescent Psychiatry, 19*(5): 419-430. doi: 10.1007/s00787-009-0072-1
- Healey, D., Flory, J., Miller, C., & Halperin, J. (2011). Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool children. *Infant and Child Development, 20*, 148-161. doi:10.1002/icd.682
- Hollis, S., & Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *British Medical Journal, 319*, 670-674. doi:10.1136/bmj.319.7211.670
- Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., & Edwards, R. (2007). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: Pragmatic

- randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 334, 678-682. doi:10.1136/bmj.39126.620799.55
- Hutchings, J., Bywater, T., Williams, M., Lane, E., & Whitaker, C. (2012). Improvements in maternal depression as a mediator of child behavior change. *Scientific Research*, 3, 795-801. doi:10.4236/psych.2012.329120
- Hutchings, J., & Gardner, F. (2012). Support from the Start: Effective programs for three to eight year-olds. *Journal of Child Services*, 7(1), 29-40. doi: 10.1108/17466661211213652
- Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009). *Tipologia de áreas urbanas (TIPAU)*. Retirado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&INST=6251013&xlang=pt
- Johnston, C., & Mash, E. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167-175. doi:10.1207/s15374424jccp1802_8
- Johnston, C., & Mash, E. (2001). Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207. doi: 10.1023/A:1017592030434
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2007). Efficacy of the Incredible Years Basic parent training program as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: Care, Health and Development*, 33, 749-756. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00747.x
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., Eames, C. (2008). Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: Long-term follow-up. *Child: Care, Health and Development*, 34(3), 380-390. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00817.x
- Keown, L. J. (2011). Fathering and mothering of preschool boys with hyperactivity. *International Journal of Behavioral Development*, 35(2), 161-168. doi:10.1177/0165025410380982
- Koerting, J., Smith, E., Knowles, M. M., Latter, S., Elsey, H., McCann, D., ... Sonuga-Barke, E. J. (2013). Barriers to, and facilitators of, parenting programmes for childhood behaviour problems: a qualitative synthesis of studies of parents' and professionals' perceptions. *European Child and Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-013-0401-2
- Lees, D., Ronan, K. (2008). Engagement and effectiveness of parent management training (Incredible Years) for solo high-risk mothers: A multiple baseline evaluation. *Behaviour Change*, 25(2), 109-128.
- Major, S. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas* (Tese de doutoramento). Retirada de https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese_Sofia%20Major.pdf

- Martins, S. (2010). *O temperamento das crianças e os estilos e sentido de competência parentais* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Merrell, K. W. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales* (2nd ed.). Austin, TX: PRO-ED.
- Owens, E. B., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Cantwell, D. P.,..... Wigal, T. (2003). Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 540-552. doi:10.1037/0022-006X.71.3.540
- Pelham, W. E., Chacko, A., & Wymbs, B. T. (2004). Diagnostic and assessment issues of attention deficit/hyperactivity disorder in the young child. In R. DelCarmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 399-419). Oxford: Oxford University Press.
- Pimentel, M. (2008). *Impacto da PH/DA em variáveis relacionadas com a parentalidade* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Posthumus, J., Raaijmakers, M., Maassen, G., Engeland, H., & Matthys, W. (2011). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child and Psychology, 40*(4), 487-500. doi:10.1007/s10802-011-9580-9
- Prinz, R., Smith, E., Dumas, J., Laughlin, J., White, D., & Barrón, R. (2001). Recruitment and retention of participants in prevention trials involving family-based interventions, *American Journal of Preventive Medicine, 20*(1), 31-37. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00271-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00271-3)
- Reyno, S., & McGrath, P. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(1), 99-111. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x
- Roberts, D., & Pickering, N. (2010). Parent training programme for Autism Spectrum Disorders: An evaluation. *Community Practitioner, 83*(10), 27-30.
- Routh, D. (1978). Hyperactivity. In P. Magrab (Ed.), *Psychological management of paediatric problems* (pp. 3-8). Baltimore, MD: University Park Press.
- Santos, S. (1992). Adaptação portuguesa, para crianças em idade escolar, do Parenting Stress Index (PSI): Resultados preliminares. *Revista Portuguesa de Psicologia, 28*, 115-132.
- Santos, T. (2011). Perceção de pais e educadoras sobre os problemas de externalização e internalização das crianças em idade pré-escolar (Tese de mestrado). Retirada de http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1986/1/DM_12841.pdf
- Schulz, K., Douglas, & G. David, M. for the CONSORT Group (2010). CONSORT 2010 Statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *British Medical Journal, 340*, 698-702. doi: 10.1136/bmj.c332

- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T., & Leitão, S. (2012, Março). *Developing and researching the Incredible Years programs in Portugal*. Paper presented at the Center for Evidence Based Early Intervention Annual Conference 2012 “Supporting Parents, Children and Teachers: Research and practice”, Cardiff. Retirado de http://incredibleyears.com/ia/coimbra-portugal_cardiff-presentation.pdf
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T., Leitão, S., Pimentel, M., & Major, S. (2013). *Protocolo de avaliação no âmbito do Projeto “Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: Eficácia de programas parentais e escolares (PTDC/PSI-PED/102556/2008)” - Versão de Investigação*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra. Retirado de <http://fpce.uc.pt/anosincriveis/protocolo.doc>
- Silva, C. (2010). *Estudo exploratório do Guião de Entrevista Semi-Estruturada PACS numa amostra da comunidade* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Silva, M. (2009). *Comportamentos de autonomia nos anos pré-escolares na transição para a escolaridade obrigatória* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa. Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2143/1/22269_ulfp034848_tm.pdf
- Simões, M. (2000). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven (MPCR)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children’s ADHD? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 696-702.
- Sonuga-Barke, E., Lamparelli, M., Stevenson, J., Thompson, M., & Henry, A. (1994). Preschool behaviour problems and intellectual attainment: The associations of hyperactivity and conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 949-960. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb02304.x
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Pearson.
- Taylor, E., Schachar, R., Thorley, G., & Wiselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity I: Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry, 149*, 760-767. doi:10.1192/bjp.149.6.760
- Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Ayres, M., Le Poidevin, E., Mead, S.... Sonuga-Barke, E. (2009). A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programs for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry, 18*, 605-616. doi: 10.1007/s00787-009-0020-0
- Vaz-Serra, A., & Abreu, P. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos I: Ensaio de aplicação do ‘Inventário Depressivo de Beck’ a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica, 20*, 623-644.

Wakschlag, L., Leventhal, B., & Thomas, J. M. (2007). Disruptive behavior disorders & ADHD in preschool children: Characterizing heterotypic continuities for a developmentally-informed nosology for DSM V. In W. E. Narrow, M. B. First, P. J. Sirovatka & D. A. Regier (Eds.), *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V* (pp. 243-259). Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.

Webster-Stratton, C. (2001). *The parent and child series: A comprehensive course divided into four programs—Leaders' guide*. Seattle: The Incredible Years.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T.P. (2013). One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(2), 251-261. doi: 10.1080/15374416.2012.7232

PARTE III

Estudos Empíricos

“No início, senti-me um pouco desiludida, estaria à espera de um método “miraculoso” no qual me fossem dadas instruções que eu aplicaria ao chegar a casa, e teria os meus problemas resolvidos, assim como que por magia ou como se tomasse um remédio fortíssimo, e as dores desaparecessem! Agora reconheço que saio extremamente enriquecida, de todas as formas, nomeadamente no que diz respeito à relação que eu comecei a encetar com o meu filho e irei continuar; no que diz respeito a mim própria enquanto pessoa espiritual e emocional, e quanto às minhas relações com as pessoas que me são mais próximas (família, marido e amigos).” (Mãe de um menino de 3 anos)

Capítulo 4
Estudo Empírico I

The Incredible Years Basic Parent Training for Portuguese Preschoolers with
AD/HD Behaviors: Does it Make a Difference?

Child & Youth Care Forum
Volume 42 (5), Páginas 403-424

doi: 10.1007/s10566-013-9207-0

The Incredible Years Basic Parent Training for Portuguese Preschoolers with AD/HD Behaviors:
Does it Make a Difference?

Andreia Azevedo, Maria João Seabra-Santos, Maria Filomena Gaspar & Tatiana Carvalho Homem

Abstract

Background: Evidence-based psychosocial interventions such as parent training programs are strongly recommended as first-line treatment for preschool-age children with or at-risk of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD). **Objective:** Evaluate the effectiveness of the Incredible Years Basic Parent Training (IY) in hyperactive and inattentive behaviors of Portuguese preschoolers. **Methods:** One hundred children, between three and six years-old, with AD/HD behaviors, who were part of a larger randomized controlled trial in which participants were allocated to either an intervention or control group. In this subsample analysis, there were 52 participants in the intervention condition (IYC) and 48 in the waiting-list control condition (WLC). Multi-informants and multi-measures of child and parenting behaviors were taken before and after the 14-week intervention. **Results:** Medium-to-large intervention effects were found in primary caregivers' reported measures of children's AD/HD behaviors and on self-reported parenting practices. Independent observations indicated significant short-term effects on positive parenting and coaching. Primary caregivers had a high attendance rate and reported high satisfaction with the program. Additionally, 43% of children in the IYC clinically improved in the primary AD/HD outcome measure, compared with 11% in the WLC. **Conclusions:** Preliminary results suggest that IY parent training seems to be an effective tool, making the difference in the behavior of Portuguese preschoolers with early signs of AD/HD and their mothers.

Keywords: parent training, Incredible Years Basic Parent Program, preschool-age children, attention-deficit/hyperactivity behaviors, early intervention

Introduction

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) is increasingly being diagnosed in preschool-age children (Sonuga-Barke et al. 2006), making clear the need for early intervention. In addition, longitudinal studies reveal that AD/HD in preschoolers remains moderately stable over time (e.g., Harvey et al. 2009; von Stauffenberg and Campbell 2007), causes impairment for the child (e.g., relationships with peers), family (Sonuga-Barke et al. 2006) and school (e.g., Fabiano et al. 2013), and increases the risk of further negative long-term outcomes (Lahey et al. 2004), which can be highly costly to society (Furlong et al. 2012). Consequently, effective early intervention, preventive of negative developmental trajectories in preschool children with and at-risk of developing AD/HD is a major public health concern, as well as an important target of investment for clinicians and policies (Murray 2010). In this context, this study evaluates the efficacy of the Incredible Years Basic Parent Training (IY) in a sample of Portuguese families with preschoolers presenting early signs of AD/HD.

AD/HD symptoms such as hyperactivity and impulsive behavior and/or inattention can emerge during preschool years (American Academy of Pediatrics [AAP] 2011), and depending on their frequency, intensity and inconsistency with developmental level (American Psychiatric Association [APA] 2013), the AD/HD diagnosis maybe considered. Thus AD/HD may be validly diagnosed in preschool children and when compared with school-aged children a similar structure of symptoms and associated impairment has been described (Lahey et al. 2004). Early AD/HD also predicts the development of comorbid difficulties, especially oppositional defiant disorder (Campbell et al. 2000) and subsequent conduct disorder (Beauchaine et al. 2010).

Although there is strong evidence for genetic factors in AD/HD (Banaschewski et al. 2010), interaction between genes and environmental risk factors plays an important role in the development of multiple pathways of AD/HD (Sonuga-Barke et al. 2005). Several potential family risk factors are associated with AD/HD even in early years, especially when comorbid conduct problems are present (Johnston and Mash 2001): these include negative parent-child interactions (e.g., Keown 2011); dysfunctional parenting (e.g., Cunningham and Boyle 2002; DuPaul et al. 2001); low sense of parenting competence (e.g., Cunningham and Boyle 2002); family stress (e.g., DuPaul et al. 2001); parental psychopathology (e.g., Cunningham and Boyle 2002); as well as parental AD/HD symptoms (Thompson et al. 2009). Parenting behaviors can negatively impact the course of AD/HD symptoms (Lakes et al. 2011) and poorly regulated children present additional challenges to parents, prompting coercive parenting strategies, as a result of reciprocal influences (Patterson et al. 2000). This highlights the need to target parents in early effective intervention.

In fact, parent training (PT) is one of the behavioral interventions that meets the criteria for a well-established treatment for AD/HD, along with psychopharmacological interventions (see Pelham and Fabiano 2008, for a review). Results from a large randomized clinical trial (RCT), the Preschool AD/HD Treatment Study (PATS) has added support to the effectiveness of stimulant medication in reducing core AD/HD symptoms in preschoolers (Kollins et al. 2006). Nevertheless, the effects were lower when compared to school-age children (Greenhill et al. 2006) and increased side effects were described (Wigal et al. 2006). Furthermore, the limited data about the long-term impact of stimulant medication on young child development, combined with parents' concerns about medicating such young children (Sonuga-Barke et al. 2006), reinforces the need for effective nonpharmacological interventions available for families of preschool-age children (Rajwan et al. 2012). Therefore, evidence-based psychosocial interventions, such as PT programs, are strongly recommended as first-line treatment for preschoolers with and at-risk of AD/HD, whereas stimulant medication is suggested only in the most severely symptomatic children and after behavioral therapy has failed (AAP 2011; Atkinson and Hollis 2010; Charach et al. 2011). Considering parents as the principal vehicle of change for young children (Sonuga-Barke et al. 2001), efficacious behavioral PT that targets both the child and their parents may be even more valuable in the preschool than the school years, before AD/HD behaviors become associated with school failure, social rejection and deterioration in adult-child interactions (Johnston and Mash 2001; Sonuga-Barke et al. 2006), and while children's behavior is more amenable to change (Pisterman et al. 1992).

There is growing evidence from different RCTs with preschool-age children with AD/HD and comorbid conduct problems of specific improvements in AD/HD symptoms, as well as additional benefits in parenting skills and competence, after a parental intervention (e.g., Herbert et al. 2013; Jones et al. 2007; Matos et al. 2009; Sonuga-Barke et al. 2001; Thompson et al. 2009), although some only reported PT effects on child compliance and parent-child interactions (e.g., Bor et al. 2002; Pisterman et al. 1992). The Barkley et al. (2000) study was an exception, with PT producing no effects at all; however, parents' attendance rates were very low in this study.

In general, these studies used PT programs originally developed for behavior problems (e.g., Bor et al. 2002 [Triple P]; Matos et al. 2009 [Parent-Child Interaction Therapy]; Jones et al. 2007 [IY]), with few studies using PT specifically designed for preschoolers with AD/HD (e.g., Sonuga-Barke et al. 2001 [New Forest Parenting Program]). The parenting program selected for the present study is the IY (Webster-Stratton 2001), identified as a Blueprints Promising Program by the Center for Violence Prevention at the University of Colorado (<http://www.blueprintsprograms.com/programResults.php>), recommended by the American Psychological Association Task Force as meeting criteria for empirically supported mental

health intervention for children (3-8 years old) with conduct problems (<http://www.incredibleyears.com>). The IY has been delivered in different countries for the past 30 years, and has been systematically evaluated and replicated (e.g., Webster-Stratton et al. 2012). It helps to counteract parental and family risk factors by developing positive and supportive parenting approaches that promote children's social and persistence competence, emotional regulation, problem-solving and pre-academic skills; and decrease negative behaviors through non-violent discipline methods. Although IY is not specifically designed to target AD/HD, this program has recently been shown to be equally effective in reducing symptoms of AD/HD displayed by preschool children, both when it was offered alone in a sample of preschoolers with behavior problems including AD/HD symptoms (Hartman et al. 2003; Jones et al. 2007), and when combined with a child intervention and a larger treatment dose in an AD/HD preschool sample (Webster-Stratton et al. 2011). Furthermore, IY has already been translated (<http://incredibleyears.com/resources/gl/parent-program>) and implemented in Portugal (see Webster-Stratton et al. 2012 for a review), and evaluated in a community sample of socio-economically disadvantaged families. Results showed significant changes in parenting practices and an increase in parents' empathy and availability regarding the child's needs (Cabral et al. 2009/2010). A cross-cultural replication of the basic IY with a larger sample of preschoolers with disruptive behaviors is being completed, and preliminary results suggest that it is both effective in reducing children disruptive problems and in increasing positive parenting skills (Seabra-Santos et al. 2012).

Since intervention with preschoolers with AD/HD symptoms may have a positive impact on young children's developmental trajectory and in preventing later conduct problems (Webster-Stratton et al. 2011), additional research examining the effects of the IY in preschool children with early signs of AD/HD may make an important contribution to the literature in this area. Moreover, it adds additional support to the previous effects of IY in RCTs, by extending and replicating this intervention to a new population viz Portuguese preschoolers with AD/HD behaviors, therefore contributing to research and clinical intervention in Portugal, where no valid alternative to nonpharmacological intervention is available for families of preschoolers.

This paper reports on a specific subsample of preschool-age children with early AD/HD behaviors from a main RCT, the first one conducted in Portugal using an evidence-based program, with a strong focus on the assessment process (i.e., assessment of AD/HD behaviors and parent outcomes by different informant sources and methods). The main purpose of this paper is to evaluate the acceptability and the short-term efficacy of the IY in reducing hyperactive and inattentive behaviors, compared to a waiting-list control condition (WLC). In line with previous research, we expected that parents in the intervention condition (IYC) would report significantly fewer AD/HD behaviors in their children (Jones et al. 2007; Webster-

Stratton et al. 2011). Other possible changes in children's conduct behaviors and social skills were explored. Another aim was to evaluate the effects of the intervention on secondary outcome measures: mothers' sense of competence in their parenting skills, and self-reported and observed parenting practices.

Methods

Participants

Participants were drawn from a longitudinal main trial with a randomized sample (the *Early prevention/intervention in disruptive behavior disorders: Efficacy of parents and teachers programs* study; Seabra-Santos et al. 2012), from mixed community and clinical contexts in Portugal (Coimbra and Porto cities). Four hundred and fifty-five preschool-age children were screened and 197 fulfilled the main trial's inclusion criteria: i. young children between 3 and 6 years old; ii. parent reports of child's behaviors equal to or above the Portuguese borderline cut-off points (Abreu-Lima et al. 2010) on the Hyperactivity Scale (≥ 7) or Conduct Scale (≥ 5) of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman 1997). Children were excluded if they had a formal diagnosis of neurological or developmental disorder (e.g., autism), severe developmental delay, or if they were undergoing pharmacological or psychotherapeutic intervention. Of the 197 preschoolers with early signs of disruptive behaviors only 125 participants were assessed and randomly allocated in two conditions (see Figure 1): the Incredible Years intervention condition (IYC) and the waiting-list condition (WLC). Recruitment for the subsample used in this paper analysis added another inclusion criterion: parents' reports of AD/HD behaviors equal or above the 80th percentile on the Werry-Weiss-Peters Activity Scale (WWPAS; Routh 1978), as a cut-off point (≥ 21 : equivalent to approximately the top 20% of a non-clinical Portuguese sample; see Seabra-Santos et al. 2013 for this study). Thus, 100 previously randomly allocated children (52 in the IYC; 48 in the WLC) met the WWPAS criteria and took part in this subsample study (AD/HD trial) (Figure 1).

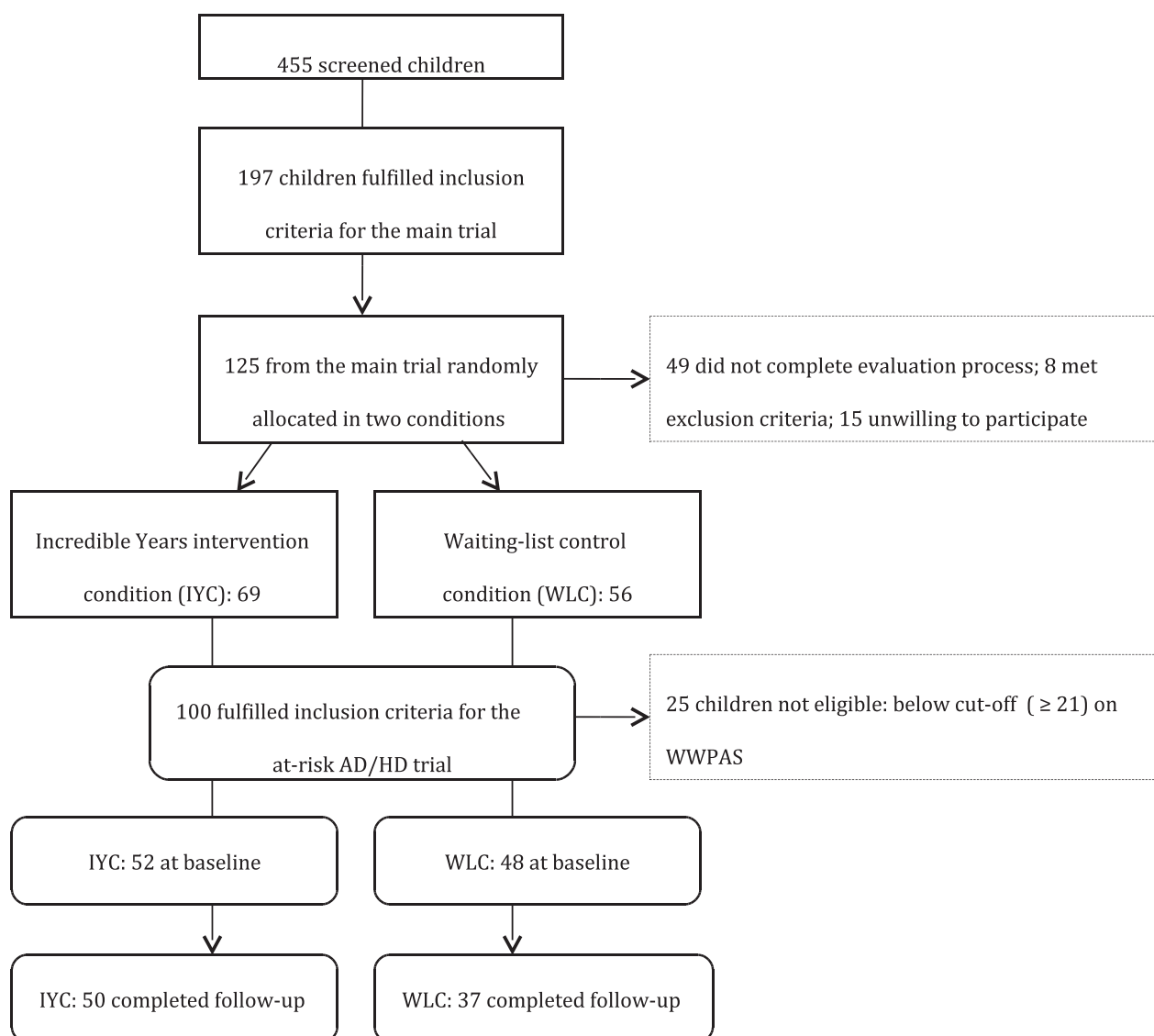


Fig. 1 Flowchart of participants

Children and families' socio-demographic characteristics in this subsample did not significantly differ between conditions at baseline, as reported in Table 1. Most of the primary caregivers (from now on referred to as 'mothers') were biological mothers (94%) married or living as married (78%), with a mean age of 35.54 years ($SD = 5.83$). Half of the mothers (52%) had a high level of education (university degree). Nearly one quarter of the mothers (26%) self-reported depression symptoms above the clinical cut-off (17; $M = 9.83$, $SD = 7.82$) on the Beck Depression Inventory (Beck et al. 1961) and 18% self-reported AD/HD symptoms above the clinical level (≥ 9 symptoms score; $M = 11.11$, $SD = 8.06$) on the Adult AD/HD Rating Scale (Barkley and Murphy, 1998). Seventy-two percent of children were male, with an average age of 4.20 years ($SD = 0.89$). Half of the children were clinically referred (54%) and the majority had comorbid oppositional/aggressive problems (74% above the moderate-risk range on the Preschool and Kindergarten Behavior Scales-2nd Edition ([PKBS-2], $M = 20.55$, $SD = 3.91$; scale's cut-off = 19, range of possible scores from 0 to 27). Regarding the AD/HD behaviors: all children had scores above the cut-off selected for this study on the WWPAS outcome measure ($\geq 80^{\text{th}}$ percentile; cut-off = 21, range of possible scores from 0 to 54) and 62% were above the 95th percentile on the same measure ($M = 32.36$, $SD = 7.90$); on the PKBS-Overactivity/Inattention subscale ($M = 18.78$, $SD = 3.44$), 30% were on the moderate-risk range (from 85th to 95th percentile) and 52% were in the high-risk range (top 5%) (scales' cut-offs = 16 and 19, respectively; range of possible scores from 0 to 24).

Table 1. Participants' socio-demographic characteristics

Variable	Group		Test (t/χ^2)	Sig (p)
	IYC (n = 52)	WLC (n = 48)		
<i>Child</i>				
Age (months): mean±SD	55.92±10.9	55.71±11.03	0.09	.978
Gender (male): no (%)	37 (71%)	35 (73%)	0.04	.511
<i>Reference</i>				
Clinically referred no (%)	29 (56%)	25 (52%)	0.13	.433
Community self-referred no (%)	23 (44%)	23 (48%)		
Early identified behavior problems at school no (%)	37 (71%)	34 (71%)	0.02	.990
<i>AD/HD behaviors</i>				
WWPAS (≥ 95 th percentile): no (%)	34 (65%)	28 (58%)	0.53	.468
PKBS-O/I (85 th to 94 th percentile): no (%)	15 (29%)	14 (30%)	0.01	.918
PKBS-O/I (≥ 95 th percentile): no (%)	29 (56%)	23 (49%)	0.46	.497
Children with oppositional/aggressive comorbid behaviours	41 (79%)	33 (70%)	0.97	.225
<i>Primary Caregiver no (%)</i>				
Mother	48 (92%)	46 (96%)		
Adoptive mother	2 (4%)	2 (4%)	1.88	.390
Grandmother	2 (4%)			
Age (years): mean ± SD	36.37±5.66	34.65±5.94	1.48	.142
<i>Marital Status: no (%)</i>				
Married/as married	43 (83%)	35 (73%)		
Divorced/separated	8 (15%)	11 (23%)	1.47	.480
Single	1 (2%)	2 (4%)		
Years of education: mean ± SD	13.9±3.89	13.55±3.6	0.46	.644
<i>Family SES^a: no (%)</i>				
Low	16 (31%)	17 (35%)		
Medium	22 (42%)	23 (48%)	1.53	.465
High	14 (27%)	8 (17%)		

SD Standard deviation; WWPAS Werry-Weiss-Peters Activity Scale; PKBS-O/I Overactivity/Inattention Subscale of the Preschool and Kindergarten Behavior Scales; SES Socioeconomic Status; ^a SES was defined using a standardized classification developed for the Portuguese population considering three categories (Almeida 1988): low (e.g., unskilled workers; industry, transport, agriculture and fishery workers); medium (e.g., intermediate technicians; administrative, trade and services professionals); and high (e.g., owners and entrepreneurs, managers, scientific and intellectual professionals). Based on this classification, the family's SES was defined taking on the basis of the highest professional category and educational level of both parents

Procedures

The procedures used during the different phases of this study (AD/HD trial) were the same as used in the main trial. Thus, information about the IY intervention was disseminated in pre-schools, first care, pediatric and mental health centers in Coimbra and Porto during the screening phase, from January 2009 to September 2011. Children were referred from health professionals or self-referred by their parents, who learned of the intervention in different ways (e.g., pre-school, blog, newspaper advertising, and other parents). Before the baseline assessment, researchers provided detailed information about the requirements of the study, and parents gave written consent. Additionally, this study was authorized by the Portuguese National Committee of Data Protection and the Medical Ethical Committee (for children referred by a mental health center). In the first contact with the families, parents completed the SDQ screening questionnaire. Then, if they met SDQ criteria, researchers (first and fourth authors) interviewed the family for socio-demographic data and for a brief clinical history of the child. The parents of eligible children were invited to participate in the main trial and were subsequently assessed by two independent trained psychologists, before the intervention took place (baseline). At baseline, the assessment protocol for the main trial comprised a semi-structured interview, child and parent-report measures, a laboratory-based mother-child interaction observation, and psychological testing of the child. Two questionnaires (SDQ and the PKBS-2) were also sent to the child's pre-school teacher (Seabra-Santos et al. 2013). After baseline assessment, the children were stratified by age and gender, and randomly allocated to an intervention (IYC) or waiting-list control condition (WLC). The IY program was delivered during 14 weekly 120-min sessions in a university community department or mental health center. Assessment was repeated six months after baseline (follow-up). All possible efforts were made to keep the evaluators blind to the participants' allocation group. For ethical reasons, IY was offered to the WLC families after follow-up assessment.

Measures

Given the aims of the present study and the characteristics of the subsample (AD/HD trial), a set of specific measures were selected from the main trial assessment protocol. These are described below. All the measures completed by parents and teachers were available in Portuguese (see Seabra-Santos et al. 2013 for description of the entire protocol and for previous studies with the selected measures with Portuguese samples).

Parent Reports of Children Behavior (Screening Measures)

The SDQ (Goodman 1997) is a brief behavioral screening measure to assess the occurrence of conduct problems, hyperactivity, emotional symptoms, peer problems and pro-social behavior in children. The SDQ has been translated and adapted for use in Portugal (Fleitlich et al. 2005). The level of internal consistency as assessed by Cronbach alpha for the subscales used with this subsample were low (.52 for hyperactivity and .49 for conduct problems); nevertheless the SDQ has been included in similar studies (e.g., Hutchings et al. 2007) and has demonstrated good psychometric properties with English (Goodman 2001) and acceptable with Portuguese samples (e.g., $\alpha = .60$ for hyperactivity and $\alpha = .59$ for conduct subscale in the Abreu-Lima et al. [2010] study). The WWPAS (Routh 1978) is a 27-item scale (0-2 scale) which provides a single overall rating of preschool hyperactivity behaviors in different situations of daily life. It has been used in a number of treatment-outcome studies (e.g., Sonuga-Barke et al. 2001; Thompson et al. 2009), has shown good test-retest reliability ($r = .85$; Thompson et al. 2009), and Barkley (1988) reported that it discriminates between hyperactive and normal children. In Portugal, it has been tested in non-clinical samples of preschoolers (see Seabra-Santos et al. 2013 for these studies) showing internal consistency levels between .87 and .91, respectively. In the present study, internal consistency was high ($\alpha = .82$).

Parent and Pre-school Teacher Reports of Children Behavior Outcomes

The WWPAS was also used for measuring the child behavior outcomes (primary outcome measure), as well as the *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – 2nd Edition* (PKBS-2, Merrell 2002). The PKBS-2 is an 80-item behavior rating scale designed to evaluate social skills and problem behaviors of preschoolers (0-3 scale). For this AD/HD subsample, we analyzed three variables that were considered relevant to our aim. Two subscales from the problem behavior scale (PKBS- Overactivity/Inattention subscale [8 items; score range from 0 to 24]; PKBS-Oppositional/Aggressive subscale [9 items; score range from 0 to 27]) and the social skills scale (PKBS-Social Skills: 34 items; score range from 0 to 102) were analyzed as dependent measures for both mothers and pre-school teachers. The PKBS-2 was translated and adapted for Portuguese children by Major (2011) and has demonstrated good psychometric properties (Cronbach alpha coefficients between .76 and .97). In the present subsample, Cronbach alpha coefficients for the subscales used ranged from .72 to .92.

Parent Interview of Children Behaviors

The *Parental Account of Childhood Symptoms (PACS; Taylor et al. 1986)* is a semi-structured clinical interview that evaluates the core symptoms of AD/HD and conduct problems over the previous six months across a wide range of situations. Trained interviewers rated the severity and frequency of symptoms from mothers' descriptions (0-3 scale or 0-4 scale), and two subscale scores (hyperactivity, scoring between 0 and 37; and conduct problems, scoring between 0 and 54), were derived. The modified version of the PACS for preschool years was used, which has demonstrated higher inter-rater (between .92 and .98) and test-retest reliability (between .78 and .62) (Sonuga-Barke et al. 1994). An exploratory study (see Seabra-Santos et al. 2013 for this study) with a non-clinical sample of Portuguese preschoolers has shown satisfactory levels of internal consistency (between .64 and .71) and high inter-rater reliability (between .94 and .98). In this subsample, we looked at the hyperactivity subscale. The internal consistency for this subscale was .59. Inter-rater reliability between two raters (who independently rated 20% of all interviews) was good, with intra-class correlations of .98.

Ratings of Parent-Child Interaction Behaviors: Observation

The *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System (DPICS; Eyberg and Robinson 1981)* is an observational measure that evaluates parent-child interaction quality through parent and child behavior categories that are coded as present or absent for each 5-min segment of the 25 minutes lab interaction. Based on previous Portuguese and international research (M. Gaspar and M. Alarcão, personal communication, February 4, 2010; Hutchings et al. 2007; Webster-Stratton et al. 2011), we analyzed five different composites in this subsample. Two were related to observed child behavior: child deviance (cry-whine-yell, physical negative, smart talk, destructive and noncompliance behaviors) and child pro-social behaviors (nonverbal and verbal positive affect and physical warmth). The other three composites related to observed parenting: positive parenting (labelled and unlabelled praise, positive affect, physically positive behavior and problem-solving); coaching (descriptive/encouragement statements and questions, reflective statements and questions); and critical parenting (critical statements and negative commands). Behaviors were coded by trained and supervised independent observers, blind to family group status. In order to assess inter-rater reliability approximately 20% of all recorded DPICS were coded by another rater, and an overall mean of 76% inter-rater agreement was achieved. In this subsample intra-class correlations for the variables analyzed were: .92 for child deviance; .53 for child pro-social behavior; .97 for positive parenting; .73 for coaching; and .91 for critical parenting.

Parents' Self-Reported Competence and Parenting Practices

The Parenting Sense of Competence Scale (PSOC; Johnston and Mash 1989) assesses parental perceptions of their competence as parents (1-5 scale) in two dimensions, Satisfaction (9 items: score range between 9 to 45) and Efficacy (7 items: score range between 7 to 35). Higher scores indicate greater parenting self-esteem (total score range between 16 to 80). In Portugal PSOC has been used in non-clinical samples of preschoolers (see Seabra-Santos et al. 2013 for these studies) showing adequate internal consistency levels (between .75 and .78). The total scale and the two dimension measures have demonstrated satisfactory levels of internal consistency in this sample, between .70 and .83. *The Parenting Scale* (PS; Arnold et al. 1993) measures dysfunctional discipline practices through three different subscales: Laxness (11 items); Overreactivity (10 items) and Verbosity (7 items). A 7-point scale is used and answers can be anchored between two alternative responses to a situation (7 = indicates a high probability of using an ineffective discipline strategy; 1 = indicates a high probability of using an effective discipline strategy). Thus, higher scores indicate poor parenting. Internal consistency in the original study was adequate, ranging from .63 to .84 (Arnold et al. 1993). In Portuguese exploratory non-clinical samples with preschool-age children (see Seabra-Santos et al. 2013 for these studies) the PS has shown lower levels of internal consistency (from .63 to .74), especially for the Verbosity subscale (.41). The same was found for this study: Cronbach alpha coefficients for this scale range between .50 (Verbosity) to .70 (Laxness), indicating that the Verbosity subscale may not be reliable enough in this sample.

Parent's Self-Reported Program Satisfaction: Consumer Satisfaction

After the 14 sessions, parents were asked to rate their levels of satisfaction regarding the IY program on a 1 to 7 point scale (ranging from 1 = not satisfied to 7 = very satisfied) concerning the degree of difficulty and usefulness of the different methods and strategies used, the group leaders' skills, and the group of parents, through a detailed questionnaire developed by the program's author (Webster-Stratton 2001). A higher rate means a higher level of satisfaction. Specifically in this paper we analyzed parent satisfaction with the IY program concerning: improvement in child's problems; approach used to address change; impact on personal and family problems; confidence in managing current or future child behavior problems. The parent's need for additional support and the recommendation of the program to other parents were also included in the analysis.

Parent Program Intervention: The Incredible Years Basic Parent Training

The IY program was delivered to groups of nine to 12 parents through 14 weekly sessions by a total of six trained group leaders (with two assigned to each group). Two additional booster sessions were carried out, 3 and 9 months after the intervention in order to review the program principles and parenting tools for specific child behaviors, to discuss new problems and prevent relapses, and to reinforce parents' efforts and support networks (Webster-Stratton et al. 2001). All sessions took place in the evening (after work, from 6 to 8 pm) in sessions lasting approximately 2 hours. Nine groups were run in a university community facility (82% of groups) and two in a mental health center (18% of groups). Childcare and snacks were provided, and both parents were strongly encouraged to attend the program. The main goals of the program were: to strengthen the parent-child relationship and encourage child cooperation; to increase parents' nurturing and positive parenting skills; to encourage effective limit setting; and to promote the use of non-violent discipline strategies. Topics included play, descriptive commenting (social, emotional, persistence and academic coaching), praise and rewards (e.g., incentive systems such as sticker charts), household rules and routines, clear commands, parents' self-calming thoughts, ignoring, time-out, consequences and problem-solving (Webster-Stratton 2001). Sessions were run in an atmosphere of collaborative learning and problem-solving between parents and group leaders. Each session followed the same structure and included a review of the previous one (e.g., parent principles), feedback and discussion about parents' home activities (e.g., skill practicing, buddy-calls, book chapter reading), introduction of a new topic (e.g., brainstorming, pros and cons), presentation of video vignettes illustrating parenting skills (with Portuguese subtitles), group discussion and practice of new strategies (e.g., buzzes, role-plays). In order to promote the relationship between parents and leaders; and to keep parents involved in the group training (e.g., check difficulties with home assignments, encourage the use of the IY principles in the 'real world' context), the group leaders called the parents every week. In addition, individual extra time was offered at the beginning of each session and handouts were sent to parents who missed a session (Webster-Stratton et al. 2001).

Treatment Integrity

Assumptions of fidelity and integrity regarding treatment were respected. All the six facilitators who ran the intervention groups had at least 10 years of previous experience in

clinical child psychology or psychiatry (two PhD students; two PhDs; and the other two had a degree in medicine); and had followed the Incredible Years accreditation process to ensure quality in the program delivery: leaders had attended the accredited three-day IY basic leader training by a IY-accredited trainer; had run a pilot group prior to the study; had received videotape feedback on a session by an independent IY trainer who evaluated the treatment implementation fidelity, and had been accredited as group leaders ($n = 4$) or were undergoing the accreditation process ($n = 2$). Eighty percent of all the sessions delivered were videotaped (124 sessions) for weekly self-evaluation and for regular peer supervision. Group leaders received support and consultation from an IY-accredited trainer. Also in order to guarantee treatment integrity (Hutchings et al. 2007), group leaders closely followed the IY protocol; provided standardized materials and translated handouts for all parents; completed leader checklists for 80% of all delivered session for monitoring protocol adherence; reviewed peer and self-evaluation questionnaires and the weekly parent-satisfaction questionnaires to check parents' participation and engagement in the program and treatment delivery (e.g., content, methods, use of video, role plays, homework assignments). Data from leaders' checklists were not analyzed in this paper.

Data Analysis

This paper analyzes data from primary caregivers, most of whom were mothers or, in some cases, other female figures (Table 1). Due to the small number of fathers present at baseline ($n = 38$; IYC = 23; WLC = 15) and post-assessment ($n = 32$; IYC = 20; WLC = 12), independent analysis of fathers' data will not be carried out.

Statistical analyzes were performed using SPSS 19.0. Baseline comparisons of continuous and categorical variables were done with *t* and Chi square tests, respectively. The effects of the interaction from baseline to follow-up assessment between groups (IYC and WLC) were analyzed in all dependent variables using the General Linear Model (GLM) for repeated measures analyzes of variance (ANOVAs). ANOVAs were also used in secondary analyzes of post-differences between groups. Non-parametric tests (McNemar, chi-square) were used to examine categorical data. Clinical significance of the change was defined considering two different sets of criteria and informants: i. A reduction above 30% from baseline to follow-up scores in child AD/HD behaviors at home (WWPAS – primary outcome measure), a method used previously with IY studies by Axberg and collaborators (2007) and suggested by Webster-Stratton et al. (1989); ii. The percentage of children in the IYC and WLC that moved from a moderate- or high-risk range to the normative range (Major 2011) from baseline to follow-up in reported AD/HD behaviors at school and at home (PKBS-Overactivity/Inattention). Effect sizes

(ES) were estimated using partial eta square (η_p^2) and classified as follows: 0.01 for a small effect, 0.06 for a medium effect and 0.14 for a large effect size (Cohen 1998). An alpha level of $p < .05$ was considered a statistically significant result; nevertheless marginal results ($p > .05$ and $p < .10$) were also reported. An intention-to-treat analysis (ITT) was also carried out, which included all allocated cases and adopted the conservative assumption of no change from baseline to follow-up in the lost cases.

Results

Preliminary Analyzes

Preliminary analyzes showed no significant differences between groups at baseline (see Table 2 for M and SD), except for mothers' DPICS observed coaching variable (WLC < IYC; $t(82) = -2.39, p = .019$).

Program Attendance Rate

Regarding the IYC ($n = 52$), four mothers (8%) dropped out of the intervention (for medical, professional, or unknown reasons). Including these mothers, a 79% IY attendance rate was achieved, with 46 mothers (88%) attending nine or more sessions (i.e., two thirds of the program), 62% at least 12 sessions and 17% all program sessions ($M = 11.10, SD = 3.2$).

Attrition

Eighty-seven percent of participants were retained at follow-up assessment (six months after baseline). Of the 13 families who did not complete follow-up, six dropped out of the trial (two from the IYC, and four from the WLC) and seven failed to return the questionnaires (all from the WLC). Significantly, more families from the WLC were lost for follow-up assessment compared to the IY ($\chi^2 = 8.03, p = 0.005$).

Short-term Intervention Effects

The means and standard deviations for both conditions (IYC, WLC), results of the repeated measures ANOVAs (Group X Time effect) at baseline and follow-up and effect sizes are reported in Tables 2 and 3. In the text, we will only report outcomes for participants who completed the assessments. However, the results from the ITT analysis are presented in Tables 2 and 3. In general, the two analyzes produce identical results.

Table 2. Group X Time interaction effects (children outcomes)

Variable	Per protocol analysis						Intention to treat analysis			
	IYC			WLC			(IYC = 52; WLC = 48)			
	N	Baseline	Follow-up	N	Baseline	Follow-up	Group X Time	ES	Group X Time	ES
							$F(p)$	η_p^2	$F(p)$	η_p^2
<i>Mother self-reports</i>										
WWPAS (21) ^c	50	32.26±7.68	23.40±8.67††	37	31.86±7.69	28.86±8.85††	10.59 (.002)	0.11	15.50 (<.001)	0.14
PKBS: O/I (16) ^{c d}	50	18.77±3.47	16.14±3.95†††	35	18.94±3.16	18.66±3.07†††	9.94 (.002)	0.11	12.05 (.001)	0.11
PKBS: O/A (19) ^{c d}	50	20.46±4.33	17.53±4.96	35	21.05±3.32	19.38±3.89	2.13 (.148)	0.03	3.60 (.061‡)	0.04
PKBS: SS (76) ^{c d}	50	71.67±10.93	78.97±8.74	35	71.97±10.46	75.17±11.24	3.88 (.052‡)	0.04	6.83 (.010)	0.06
Interview: PACS										
Hyperactivity(16) ^e	50	15.90±6.34	11.82±6.02†	37	17.03±5.42	14.47±5.34†	1.52 (.220)	0.02	2.95 (.089‡)	0.03
<i>Pre-school teachers reports</i>										
PKBS: O/I (15) ^{c d}	42	16.73±5.48	13.6±5.51	30	14.96±6.16	14.63±6.59	4.55 (.036)	0.06	6.01 (.016)	0.06
PKBS: O/A (15) ^{c d}	42	15.16±6.54	12.45±6.09	30	13.46±7.36	12.96±7.32	2.98 (.088‡)	0.04	4.29 (.041)	0.04
PKBS: SS (69) ^{c d}	42	77.33±11.68	81.26±10.64	30	77.20±17.89	80.43±13.81	0.67 (.796)	0.01	0.39 (.536)	0.01
<i>Lab observed behaviors: DPICS (Child)^b</i>										
Child Deviance	40	15.50±13.61	13.27±14.48	27	16.00±15.60	10.76±10.86	0.66 (.420)	0.01	.36 (.552)	0.01
Child Pro-Social	40	6.95±6.12	8.87±7.42	27	7.29±4.73	5.96±4.25	3.88 (.053‡)	0.06	4.07 (.047)	0.05

Results are expressed as mean ± standard deviation; WWPAS Werry-Weiss-Peters Activity Scale; PKBS Preschool and Kindergarten Behavior Scales: O/I Overactivity/Inattention; O/A Oppositional/Aggressive; SS Social Skills; PACS Parental Account of Childhood Symptoms; DPICS Dyadic Parent-Child Interaction Coding System; ^a N differ due to missing data, ^b Technical problems in video registration contributed for differences between the original group size and available DPICS outcomes for each group; ^c Cut-off; ^d Major 2011; ^e Thompson et al. 2009
 Significant follow-up assessment differences between the two condition: † $p \leq .05$, †† $p \leq .01$, ††† $p \leq .001$. ‡ Marginal result (> 0.05 and < .10)

Adult-Reported Child Behavior Outcomes

Regarding child attention-deficit/hyperactivity behaviors reported by mothers, significant interaction effects (group X time) were found in WWPAS ($F(1, 85) = 10.59, p = .002, \eta_p^2 = 0.11$) and in PKBS-Overactivity/Inattention subscale ($F(1, 83) = 9.94, p = .002, \eta_p^2 = 0.11$). From baseline to follow-up, mothers reported significantly lower AD/HD scores in the IYC comparing to the WLC (see Table 2). No significant interaction effect was found for oppositional/aggressive behaviors reported by mothers (PKBS-Oppositional/Aggressive). In relation to social skills (PKBS-Social Skills), an approaching significance group X time interaction effect was found in mothers' reports, indicating a marginal increase in social skills in treated preschoolers compared to the control group ($F(1, 83) = 3.88, p = .052, \eta_p^2 = 0.04$).

The same results were found for AD/HD behaviors when reported by pre-school teachers (PKBS-Overactivity/Inattention) ($F(1, 70) = 4.55, p = .036, \eta_p^2 = 0.06$), indicating a significantly larger decrease in AD/HD behaviors at follow-up in the IYC compared to the control group. Regarding other reported pre-school teacher measures, an approaching significance group X time interaction effect was found for oppositional/aggressive behaviors (PKBS-Oppositional/Aggressive) ($F(1, 70) = 2.98, p = .088, \eta_p^2 = 0.04$). No significant effects were found in the social skills domain at school (see Table 2).

Table 3. Group X Time interaction effects (parental outcomes)

Variable	Per protocol analysis						Intention to treat analysis (IYC = 52; WLC = 48)			
	IYC			WLC			Group X Time			
	Baseline	Follow-up	N	Baseline	Follow-up	(F, p)	ES	η_p^2	(F, p)	η_p^2
<i>Mother self-reports</i>										
PSOC Total	48	56.17±7.66	59.84±6.81+++	37	52.64±7.52	53.78±8.95+++	4.04 (.048)	0.05	4.87 (.030)	0.05
Satisfaction	48	31.93±4.58	33.78±4.11+++	37	29.13±4.55	29.89±5.26+++	1.74 (.191)	0.02	2.21 (.140)	0.02
Efficacy	48	24.23±4.70	26.06±3.96+	37	23.51±5.01	23.89±5.06+	3.86 (.053)#	0.05	4.51 (.036)	0.05
PS Total	50	3.59±0.42	3.04±0.46+++	37	3.69±0.54	3.56±0.49+++	19.82 (<.001)	0.19	23.19 (<.001)	0.19
Laxness	50	2.95±0.72	2.54±0.64+	37	3.07±0.91	2.88±0.86+	2.37 (.127)	0.03	3.28 (.073#)	0.03
Overreactivity	50	3.63±0.70	3.13±0.71+++	37	3.76±0.86	3.77±0.83+++	9.93 (.002)	0.11	11.16 (.001)	0.11
Verbosity	50	4.25±0.88	3.39±0.70+++	37	4.10±0.85	4.01±0.77+++	19.46 (<.001)	0.19	22.12 (<.001)	0.19
<i>Lab observed behaviors: DPICS (mother)^b</i>										
Positive Parenting	40	18.35±12.1	27.6±11.83+++	27	17.81±10.19	14.33±6.86+++	16.89 (<.001)	0.21	17.57 (<.001)	0.18
Coaching	40	24.32±12.57	25.97±13.30+++	27	18.25±9.64	13.18±7.51+++	4.05 (.048)	0.06	3.64 (.060#)	0.04
Critical Parenting	40	19.82±10.74	14.15±9.27	27	19.55±14.18	17.04±11.84	1.38 (.244)	0.02	2.44 (.122)	0.03

Results are expressed as mean ± standard deviation

ES Effect size; PSOC Parenting Sense of Competence Scale; PS Parenting Scale; DPICS Dyadic Parent-Child Interaction Coding System

^a N differ to missing data

^b Technical problems in video registration contributed for differences between the original group size and available DPICS outcomes for each group

Significant follow-up assessment differences between the two condition: + $p \leq .05$, ++ $p \leq .01$, +++ $p \leq .001$; # Marginal result (> .05 and < .10)

Child Behavior Outcomes: Parent's Interview

No group X time interaction effect was found in the PACS interview Hyperactivity subscale.

Observed Parent-Child Interaction Behaviors: DPICS

The DPICS observational measure showed a significant group X time interaction effect on two observed parenting variables, respectively: positive parenting ($F(1, 65) = 16.89, p < .001, \eta_p^2 = 0.21$) and coaching ($F(1, 65) = 4.05, p = .048, \eta_p^2 = 0.06$). Positive parenting and coaching increased in the IYC from baseline to follow-up assessment and decreased in the WLC (see Table 2). Observed child pro-social behaviors followed the same trend (see Table 2), showing a marginal group X time interaction effect ($F(1, 65) = 3.88, p = .053, \eta_p^2 = 0.06$). No significant differences were found for child deviance or for critical parenting.

Mothers' Self-Reported Outcomes

Regarding mother outcomes, significant interaction effects (group X time) were found for two of the three self-reported measures (see Table 3). As reported in Table 3, a significant interaction effect was found in the domain of mothers' sense of competence ($F(1, 83) = 4.04, p = .048, \eta_p^2 = 0.05$). Additionally, the self-reported sense of efficacy subscale followed the same trend, showing a marginal group X time interaction effect ($F(1, 83) = 3.86, p = .053, \eta_p^2 = 0.05$).

Regarding self-rated parenting practices, results suggested a significant interaction effect, indicating a larger decrease in mothers' dysfunctional discipline practices in the intervention group compared to the control mothers ($F(1, 85) = 19.82, p < .001, \eta_p^2 = 0.19$). Specifically, interaction effects were found for mothers' reported overreactivity ($F(1, 85) = 9.93, p = .002, \eta_p^2 = 0.12$) and verbosity practices ($F(1, 85) = 19.46, p < .001, \eta_p^2 = 0.19$).

Clinical Significance of Change

Results indicate that after the IY intervention, 43% of children showed a clinically significant improvement, with a reduction of over 30% from the initial baseline scores in AD/HD behaviors at home (WWPAS), compared with 11% in the WLC ($\chi^2 = 11.66, p = 0.003$). Regarding teacher-reported AD/HD behaviors (PKBS-Overactivity/Inattention), 41% of the children changed from a moderate- and high-risk to a non-risk range of AD/HD behaviors between baseline and follow-up in the IYC, compared with 7% in the WLC (PKBS-Overactivity/Inattention). This pre- to post- assessment change at school was clinically significant on the McNemar change test only for the IYC ($p = .001$). Using the same reported measure, completed by mothers, we also found a clinically significant change in the IYC from baseline to follow-up assessment in the McNemar test ($p = .027$): 33% of children moved from

moderate- or high-risk to a non-risk range of AD/HD behaviors in the IYC, compared with 17% in the WLC.

Consumer Satisfaction

After the 14-session program, 89% of mothers considered that there had been a slight improvement (58%) or great improvement (31%) in their child's major problem(s), those that had prompted them to enrol in the trial. In addition, 89% of mothers felt that their child's behavior improvements were "slightly positive" (36%) or "very positive" (53%). All mothers felt that the IY approach, used to change child's behavior problems, was "appropriate" (29%) or "very appropriate" (71%). Additionally, IY helped parents with other personal and family problems not directly related to the child ($M = 6.14$, $SD = 0.96$ [between 6 (*helped*) and 7 (*helped very much*)]). Furthermore, 89% of mothers felt "confident" or "very confident" in managing current (78% and 11%) or future (82% and 7%) behavior problems at home, by using the IY on their own. Seventy-three percent of mothers reported that they did not need further parenting support. All primary caregivers would "recommend" the program to a friend or relative, and 96% would "strongly recommend" it.

Discussion

In this study, our aim was to evaluate the efficacy of the IY (Webster-Stratton 2001) in a sample of Portuguese preschoolers with AD/HD behaviors. We compared the baseline and follow-up assessments of two groups (IYC and WLC) selected from a sample of a RCT according to AD/HD criteria, using different measures by multi-informants. Overall, it was expected that the changes in children and parents' outcomes from baseline to follow-up would be greater after the 14-week parent intervention compared to the WLC.

Results suggest that IY can make a positive short-term difference on Portuguese children and parents behavior outcomes. Medium intervention effect sizes were found in mothers' and teachers' reports of children's AD/HD behaviors; and medium-to-large effect sizes were found for reported and observed parenting skills. Despite some variability in outcomes (possibly related to the multi-method and multi-informant approach used), IY is found to be effective both by per protocol and ITT analysis. A clinical improvement was found in AD/HD behaviors reported, and significant percentage of children whose parents had participated in the intervention moved from a risk to a non-risk range (33% and 41% at home and school respectively); almost half the children showed a reduction of over 30% of their initial baseline scores at home. Additionally, mothers in our study were extremely committed to the program, revealing the positive acceptability of IY in Portugal, as shown by a high attendance rate and

reported satisfaction with the impact of the program in their children. Most of the mothers claimed to have enough confidence to manage their children's behavior problems in the present and future, and felt no need for further parenting support. All said they would recommend the IY to other parents.

These results with a sample of Portuguese children with AD/HD behaviors are consistent with and follow the same trend as other effective parent-based interventions for preschoolers with or at-risk of AD/HD (e.g., Jones et al. 2007; Thompson et al. 2009; Sonuga-Barke et al. 2001; Webster-Stratton et al. 2011). In summary, these preliminary findings are encouraging and add new evidence to support the effectiveness of the IY parent program as a successful method of early intervention to change parenting skills and child AD/HD behaviors in a specific Portuguese sample of children with early signs of AD/HD. Thus, these results extend the impact of IY to a new segment of the Portuguese population, a population where these programs are taking their first steps through implementation and research (Webster-Stratton et al. 2012).

Regarding our major findings (primary outcomes), the main differences were found in AD/HD behaviors at home (as expected) and school, suggesting the efficacy of the IY parent program in reported hyperactive and inattentive behaviors. Unexpectedly, small effect sizes regarding AD/HD were found in the clinical interview. Several explanations can be given for this finding. Firstly, it is important to recognise that the PACS evaluates the severity and frequency of behavior problems over the last six months, which are only partly covered by the 14-week intervention program. Thus, at post-assessment, mothers in the IYC may have had more difficulties describing their children's behavior because, although they recognize their improvements, they do not refer them to the whole 6-month period. Moreover, after IY sessions, as suggested by Posthumus et al. (2011), parents may be more skilled in identifying child's misbehaviors and able to answer specific PACS questions more accurately, since this is the second time that this instrument has been applied and meanwhile they had the occasion to focus their attention on specific behaviors. These factors may have contributed to inflate the mothers' descriptions of their children's problems at the IYC follow-up. Longer-term follow-up of this sample will also clarify the feasible presence of 'sleeper effects', those that are not immediately visible after an intervention (De Los Reyes and Kazdin 2006).

Further data exploration showed that treated children had significantly better social skills at home compared with non-treated children. This intervention effect was not significantly found at school given that pre-school teachers reported higher social skills than parents at baseline. Another possible explanation is associated with difficulties retrieving completed questionnaires from school, which reduced sample size. Also, it has not yet been established if the effects of a PT intervention for AD/HD may be generalized to non-targeted

settings (e.g., school), or whether improvements in other areas of functioning (e.g., social skills) will arise in the sequence of this type of intervention (Rajwan et al. 2012). Nevertheless regarding the target context, the marginal effect found in the children's observed pro-social behavior is consistent with the mothers' reports of increased social skills in treated children. These findings are relevant since these skills can play an important role in preventing negative outcomes in children with AD/HD behaviors, contributing to the establishment and maintenance of positive relationships with peers and adults (Beauchaine et al. 2010). Additionally, contrary to our predictions, no significant effect was found on reported oppositional/aggressive problems and observed child deviance. This result remains unclear; one possible explanation for the last result is related to the smaller sample size that might have reduced the DPICS power to identify small effects. Furthermore, DPICS parent-child interactions were videotaped in the laboratory, instead of observed in a naturalistic setting, which might have influenced child behavior. DPICS data must also be carefully interpreted, due to the lack of norms in Portugal.

In relation to our secondary outcome measures, the IY program seems to be effective in increasing mothers' sense of parenting competence (especially parental efficacy) and in reducing dysfunctional parenting, such as overreactivity and verbosity practices, although this latest result should be interpreted cautiously due to the low internal consistency of the subscale in our sample. These results are consistent with observed positive parenting and coaching skills after the IY, with parents showing an improvement in positive parenting skills during the parent-child interaction. They are also in line with previous studies (e.g., Gardner et al. 2006; Hutchings et al. 2007; Webster-Stratton et al. 2011) and are extremely relevant, since changes in parenting skills, specifically in positive parenting, are the target of the parenting program and an important mediator of change in child behaviors (Gardner et al. 2006; Healey et al. 2011).

This study, the first to be conducted in Portugal that systematically evaluates the effectiveness of a PT intervention in AD/HD behaviors of preschoolers, has several strengths. First, a widely researched intervention model was used, with a strong emphasis on collaboration and the development of positive parenting strategies, helping parents to be positive role-models for their children and promoting children's self-regulatory skills. In addition, the low dropout rate, high attendance and levels of satisfaction endorse the acceptability of the IY model in Portugal and are also a strong argument for the value of implementing this program in Portugal. Finally, it benefits from the support of a highly skilled and motivated team (Seabra-Santos et al. 2012). It was also a well-designed study with several different positive methodological elements; it is a subsample of a RCT with comparable samples in the two conditions; it uses multi-methods (including observational measures) and multi-informants (e.g., independent evaluation of change by the pre-school teachers, who can

accurately identify children with AD/HD related behaviors; this is particularly true if they have adequate prior AD/HD knowledge [Fabiano et al. 2013; Martinussen et al., 2011]), blind evaluators in both assessments and blind participants until group allocation, and a low attrition rate. All these positive aspects assure the study validity.

Limitations

There are some limitations to the study. First, small sample size limits the generalization of these results and reduces the power of the analysis to detect small effects. For this reason, marginally significant effects have also been reported. Moreover, results concerning the school setting and observed parent-child interaction behaviors are based on a smaller number of cases, due to the difficulties in retrieving completed questionnaires from pre-school teachers and to technical problems in video registration. Second, the generalization of findings must be carefully interpreted, due to: a potential sample selection bias, since not all families might have been willing to participate in this study because of its length (this issue must be systematically addressed and evaluated in future studies); to the fact that half of the mothers in this sample had attended higher education; and also because of the context in which this study took place (primarily, a university-based context). Third, this analysis is based on data collected with mothers, since the fathers small sample size limited the interpretation of the respective results. Fourth, comparison to other studies should be cautious once preschoolers in our study have been selected on the basis of questionnaire cut-off scores and not on explicit diagnosed criteria of AD/HD (Axberg et al. 2007), thus a heterogeneous sample was studied, including children with different risk levels, some of whom might have met diagnostic criteria of AD/HD if a clinical diagnosis had been made. Additionally, due to the lack of reliable Portuguese instruments for this age group, measures were selected based on other similar studies (e.g., Jones et al. 2007; Hutchings et al. 2007; Sonuga-Barke et al. 2001) and on previous data from Portuguese samples (see Seabra-Santos et al. 2013 for revision of studies). Nevertheless, the psychometric properties of some of the measures are motives for concern (e.g., PACS and PS) and must be addressed in future studies. Finally, the fact that the PACS interview provides a view of the child's behavior over the last six months, rather than only over the course of the intervention, seems to be critical and might have influenced the results. Follow-up studies might clarify this issue, by possibly highlighting effects that are not identifiable within this time limit.

Future Directions and Clinical Implications

More evidence for using the IY as a first-line tool for early intervention into AD/HD behaviors in Portugal is still needed. These results must be replicated in future studies in Portugal involving larger randomized samples. Efforts should also be made to evaluate this program with parents of Portuguese preschoolers with AD/HD behaviors in different contexts (e.g., mental health context) and from different populations (e.g., socio-economically disadvantaged families) in order to examine the replicability of the intervention effects found. Coding DPICS 'in vivo' in home setting would also add potentially instructive data to the multi-method assessment. Future studies with this sample should also analyze data on treatment integrity to see how clinicians adhered to the original treatment protocol and increase the confidence of results (Matos et al., 2009). Forthcoming papers will include 12- and 18-month follow-up assessments, in order to evaluate the sustainability of preliminary results and clarify the intervention effects found, especially the child outcomes. Furthermore, studying the mediators and moderators of change in a larger sample will shed light on the active ingredients in change and for whom the intervention was more effective (e.g., Gardner et al. 2010). Regarding our sample's heterogeneity in particular, it will be interesting to examine the possible contribution of initial behavior severity to the significance of the changes noted.

This study contributes to a growing body of literature concerning early psychosocial parental intervention in AD/HD, extending previously evidence to a new population (i.e., Portuguese population). Considering the negative and long-term outcomes associated with AD/HD (e.g., comorbidity, anti-social behavior, school failure, negative parent-child interactions) (Lahey et al. 2004), an investment in effective early intervention that could target important risk factors could be cost effective in the long term (Furlong et al. 2012). Therefore, efforts have to be made by Portuguese clinicians and policy makers to ensure the early identification of children at-risk for AD/HD, and the provision of evidence-based intervention programs. More specifically, this study has shown that the IY in children with AD/HD behaviors, when implemented with fidelity (Hutchings and Gardner 2012), is effective with Portuguese children with such characteristics and with their families.

References

- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M., & Santos, M., 2010. *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010*. http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF. Accessed 15 February 2011.
- Almeida, L. (1988). *O raciocínio diferencial dos jovens portugueses: Avaliação, desenvolvimento e diferenciação*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- American Academy of Pediatrics (AAP, 2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1-16. doi:10.1542/peds.2011-2654
- American Psychiatric Association [APA] (2012). *American Psychiatric Association DSM-5 Development: ADHD and disruptive disorders*. <http://www.dsm5.org/meetus/pages/adhd.aspx>. Accessed 20 April 2012.
- Arnold, D., O'Leary, S., Wolff, L., & Acker, M. (1993). The parenting scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137-144. doi:10.1037/1040-3590.5.2.137
- Atkinson, M., & Hollis, C. (2010). NICE guideline: Attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Disease in Childhood Education and Practice*, 95, 24-27. doi: 10.1136/24 adc.2009.175943
- Axberg, U., Hansson, K., & Broberg, A. (2007). Evaluation of the Incredible Years Series: An open study of its effects when first introduced in Sweden. *Nord Journal of Psychiatry*, 61(2), 143-151. doi:10.1080/08039480701226120
- Banaschewski, T., Becker, K., Scherag, S., Franke, B., & Coghill, D. (2010). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 237-257. doi:10.1007/s00787-010-0090-z
- Barkley, R. A. (1988). Child behavior rating scales and checklists. In M. Rutter, A. H.Tuma & I. S. Lann (Eds.), *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology* (pp.113-155). New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. & Murphy, K. R. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Clinical Workbook*. New York: The Guilford press.
- Barkley, R., Shelton, T., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., ..., Matevia, L. (2000). Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behavior: Preliminary results at post-treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 319-332. doi:10.1111/1469-7610.00616

- Beauchaine, T., Hinshaw, S., & Pang, K. (2010). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*(4), 327-336. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01224.x
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, G. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*(6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*, 571-587. doi: 10.1023/A:1020807613155
- Cabral, A., Ferreira, A., Santos, J., Gaspar, M., Silva, P., & Eufrazia, R. (2009/2010). *Uma aventura no mundo da família*. Gouveia: Edições GAF.
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology, 12*, 467-488. doi:10.1017/S0954579400003114
- Charach A., Dashti, B., Carson, P., Booker, L., Lim, C.G., Lillie, E, ... Schachar R. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder: Effectiveness of treatment in at-risk preschoolers; long-term effectiveness in all ages; and variability in prevalence, diagnosis, and treatment. *Comparative Effectiveness Review, 44* (Prepared by the McMaster University Evidence-based Practice Center). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm. Accessed 30 November 2012.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum.
- Cunningham, C. E., & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*(6), 555-569. doi:10.1023/A:1020855429085
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. (2006). Conceptualizing changes in behavior in intervention research: The range of possible changes model. *Psychology Review, 113*(3), 554-583. doi:10.1037/0033-295X.113.3.554
- DuPaul, G., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 508-515. doi:10.1097/00004583-200105000-00009
- Eyberg, S. M., & Robinson, E.A. (1981). *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System*. Seattle, WA, USA: Parenting Clinic, University of Washington.
- Fabiano, G. A., Pelham Jr, W. E., Majumdar, A., Evans, S. W., Manos, M. J., Caserta, D., ... & Carter, R. L. (2013). Elementary and middle school teacher perceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder prevalence. *Child & Youth Care Forum, 42*, 1-13. doi:10.1007/s10566-013-9194-1

- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). *Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Por)* [Strengths and Difficulties Questionnaire, Portuguese Version]. www.sdqinfo.org. Accessed 6 January 2010.
- Furlong, M., McGiloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S., & Donnelly, M. (2012). Behavioral and cognitive-behavioral group-based parenting programs for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2*. Art. No: CD008225. doi: 10.1002/14651858.CD008225.pub2.
- Gardner, F., Burton, J., & Klimes, I. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(11), 1123-1132. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01668.x
- Gardner, F., Hutchings, J., Bywater, T., & Whitaker, C. (2010). Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcome in an effectiveness trial of a parenting intervention. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*(4), 1-13. doi:10.1080/15374416.2010.486315
- Gaspar, M. F., & Alarcão, M. (2010, Fevereiro). *Avaliação da eficácia de intervenções de Educação Parental no desenvolvimento social e emocional da criança: Questionários e/ou observação directa?* Comunicação apresentada no VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Braga: Departamento de Psicologia da Universidade do Minho. [registo em CD]
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines, 38*, 581-586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1337-1345. doi: 10.1097/00004583-200111000-00015
- Greenhill, L., Kollins, S., Abikoff, H., McCracken, J., Riddle, M., ... Cooper, T. (2006). Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*(11), 1284-1293. doi:10.1097/01.chi.0000235077.32661.61
- Hartman, R.R., Stage, S.A., & Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: Examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(3), 388-398. doi: 10.1111/1469-7610.00129
- Harvey, E., Youngwirth, S., Thakar, D., & Errazuriz, P. (2009). Predicting attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder from preschool diagnostic assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 349-354. doi:10.1037/a0014638

- Healey, D., Flory, J., Miller, C., & Halperin, J. (2011). Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool children. *Infant and Child Development, 20*, 148-161. doi:10.1002/icd.682
- Herbert, S., Harvey, E., Roberts, J., Wichowski, K., & Lugo-Vandelas, C. (2013). A randomized controlled trial of a parent training and emotion socialization program for families of hyperactive preschool-age children. *Behavior Therapy, 44*(2), 302-316. doi: 10.1016/j.beth.2012.10.004
- Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C.,...Edwards, R. (2007). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: Pragmatic randomised controlled trial. *British Medical Journal, 334*, 678-682. doi:10.1136/bmj.39126.620799.55
- Hutchings, J., & Gardner, F. (2012). Support from the Start: Effective programs for three to eight year-olds. *Journal of Children's Services, 7*(1), 29-40. doi: 10.1108/17466661211213652
- Johnston, C., & Mash, E. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology, 18*(2), 167-175. doi: 10.1207/s15374424jccp1802_8
- Johnston, C., & Mash, E. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*(3), 183-207. doi: 10.1023/A:1017592030434
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2007). Efficacy of the Incredible Years Basic parent training program as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: Care, Health and Development, 33*, 749-756. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00747.x
- Keown, L. J. (2011). Fathering and mothering of preschool boys with hyperactivity. *International Journal of Behavioral Development, 35*(2), 161-168. doi:10.1177/0165025410380982
- Kollins, S., Greenhill, L., Swanson, J., Wigal, S., Abikoff, H., McCracken, J., ... Bauzo, A. (2006). Rationale, design, and methods of the preschool ADHD treatment study (PATS). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*(11), 1275-1283. doi:10.1097/01.chi0000235074.86919.dc
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Kipp, H., Ehrhardt, A., Lee, S., ... Massetti, G. (2004). Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at a 4-6 years of age. *American Journal of Psychiatry, 161*(11), 2014-2020.
- Lakes, K., Vargas, D., Riggs, M., Schmidt, J., & Baird, M. (2011). Parenting intervention to reduce attention and behavior difficulties in preschoolers: A CUIDAR evaluation study. *Journal of Child and Family Studies, 20*, 648-659. doi: 10.1007/s10826-010-9440-1
- Martinussen, R., Tannock, R., & Chaban, P. (2011). Teachers' reported use of instructional and behavior management practices for students with behavior problems: Relationship to role and level of training in ADHD. *Child & Youth Care Forum, 40*, 193-210. doi:10.1007/s10566-010-9130-6

- Matos, M., & Bauermeister, J., & Bernal, G. (2009). Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Family Process, 48*(2), 232-252. doi:10.1111/j.1545-5300.2009.01279.x
- Major, S. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra (Tese de doutoramento). https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese_Sofia%20Major.pdf. Accessed 13 January 2012
- Merrell, K. W. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition*. Austin, TX: PRO-ED.
- Murray, D. (2010). Treatment of preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports, 12*, 374-381. doi: 10.1007/s11920-010-0142-6
- Patterson, G., DeGarmo, D., & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology, 12*, 91-106. doi:10.1017/S0954579400001061
- Pelham, W., & Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 184-214. doi: 10.1080/15374410701818681
- Pisterman, S., Firestone, P., McGrath, P., Goodman, J.T., Webster, I., Mallory, R., & Goffin, B. (1992). The role of parent training in treatment of preschoolers with ADDH. *American Journal of Orthopsychiatry, 62*, 397-408. doi: 10.1037/h0079356
- Posthumus, J., Raaijmakers, M., Maassen, G., Engeland, H., & Matthys, W. (2011). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(4), 487-500. doi: 10.1007/s10802-011-9580-9
- Rajwan, E., Chacko, A., & Moeller, M. (2012). Nonpharmacological interventions for preschool ADHD: State of the evidence and implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 520-526. doi: 10.1037/a0028812
- Routh, D. (1978). Hyperactivity. In P. Magrab (Ed.), *Psychological management of paediatric problems* (pp. 3-8). Baltimore, MD: University Park Press.
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T. & Leitão, S. (2012, Março). *Developing and researching the Incredible Years programs in Portugal*. Paper presented at the Center for Evidence Based Early Intervention Annual Conference 2012 "Supporting Parents, Children and Teachers: Research and practice", Cardiff. <http://incredibleyears.com/programs/implementation/implementation-examples>
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T., Leitão, S., Pimentel, M., & Major, S. (2013). Protocolo de avaliação no âmbito do Projeto "Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: Eficácia de programas parentais e escolares (PTDC/PSI-PED/102556/2008)"-

- Versão de Investigação. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra. <http://fpce.uc.pt/anosincriveis/protocolo.doc>. Accessed 2 January 2013.
- Sonuga-Barke, E., Auerbach, J., Campbell, S. B., Daley, D., & Thompson, M. (2005). Varieties of preschool hyperactivity: Multiple pathways from risk to disorder. *Developmental Science*, *8*(2), 141-150. doi: 10.1111/j.1467-7687.2005.00401
- Sonuga-Barke, E., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for pre-school attention deficit/hyperactivity disorder: A randomized controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 402-408. doi: 10.1097/00004583-200104000-000
- Sonuga-Barke, E., Lamparelli, M., Stevenson, J., Thompson, M., & Henry, A. (1994). Behaviour problems and pre-school intellectual attainment: The associations of hyperactivity and conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *35*, 949-960. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb02304.x
- Sonuga-Barke, E., Thompson, M., Abikoff, H., Klein, R., & Brotman, L. M. (2006). Nonpharmacological interventions for preschoolers with ADHD. The case for specialized parent training. *Infants & Young Children*, *19*(2), 142-153.
- Taylor, E., Schachar, R., Thorley, G., & Wiselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity I: Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *The British Journal of Psychiatry*, *149*, 760-767. doi: 10.1192/bjp.149.6.760
- Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Ayres, M., Le Poidevin, E., Mead, S.... Sonuga-Barke, E. (2009). A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programs for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *18*, 605-616. doi: 10.1007/s00787-009-0020-0
- von Stauffenberg, C., & Campbell, S. B. (2007). Predicting the early developmental course of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *28*, 536-552. doi:10.1016/j.appdev.2007.06.011
- Webster-Stratton, C. (2001). *The parent and child series: A comprehensive course divided into four programs – Leaders' guide*. Seattle: The Incredible Years.
- Webster-Stratton, C., Gaspar, M., & Seabra-Santos, M. (2012). Incredible Years ® parent, teachers and children's series: Transportability to Portugal of early intervention programs for preventing conduct problems and promoting social and emotional competence. *Psychosocial Intervention*, *21*(2), 157-169. doi:10.5093/in2012a15
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T., & Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 550-553. doi: 10.1037/0022-006X.57.4.550

Webster-Stratton, C., Reid, J., & Beauchaine, T. P. (2011). Combining parent and child training for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*(2), 191-203. doi: 10.1080/15374416.2011.546044

Wigal, T., Greenhill, L., Chuang, S., McGough, J., Vitiello, B., Skrobala, A., & Stehli, A. (2006). Safety and tolerability of methylphenidate in preschool children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*, 1294-1303. doi: 10.1097/01.chi.0000235082.63156.27

“Achava que ele merecia uma mãe melhor do que eu, não conseguia compreender o meu filho, mas ao topo da pirâmide chegámos e alcançámos qualidade de vida... Ele continua a desafiar-me mas agora sei dar-lhe a volta” (Mãe de um menino de 6 anos)

Capítulo 5
Estudo Empírico II

A Parent-Based Intervention Programme Involving Preschoolers with AD/HD
Behaviours: Are Children's and Mothers' Effects Sustained over Time?

No prelo

European Child and Adolescent Psychiatry

doi: 10.1007/s00787-013-0470-2

A parent-based intervention programme involving preschoolers with AD/HD behaviours:
Are children's and mothers' effects sustained over time?

Andreia Azevedo, Maria João Seabra-Santos, Maria Filomena Gaspar & Tatiana Carvalho Homem

Abstract

To evaluate the 12-month efficacy of a parent-based intervention programme on children's and mothers' outcomes in a sample of Portuguese preschoolers displaying early hyperactive and inattentive behaviours (AD/HD behaviours), 52 preschool children whose mothers had received the Incredible Years basic parent training (IY) were followed from baseline to 12 months of follow-up. Reported and observational measures were used. Effects were found in the children's reported AD/HD behaviours at home and at school after 12 months. Large effect sizes were also found in mothers' variables: a decrease in self-reported dysfunctional parenting practices and an improved sense of competence and observed positive parenting. However, the improvements in coaching skills that have been observed after 6 months of follow-up decreased over time. No other significant differences were found between 6 and 12 months follow-up, with small effect sizes indicating that the significant post-intervention changes in child and parenting measures were maintained. After 12 months of follow-up, there was a clinically important reduction of over 30 % in reported AD/HD behaviours in 59 % of children. The sustained effects observed both for children and their mothers suggest long-term benefits of IY. Therefore, efforts should be made by Portuguese policy makers and professionals to deliver IY as an early preventive intervention for children displaying early AD/HD behaviours.

Keywords: Incredible Years basic parent training, AD/HD behaviours, follow-up effects, preschool

Introduction

Attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) is one of the most diagnosed and pervasive disorders in childhood [1]. Hyperactivity, impulsivity and inattention symptoms can be manifested as early as the preschool years, causing significant long-term impairment in multiple domains of child functioning [2, 3]. There is also increased risk of comorbid externalizing disorders, such as oppositional defiant disorder and conduct disorder [4], problems which tend to persist over time [5].

These circumstances have generated interest in the development of early intervention programmes designed to prevent the negative developmental trajectories usually associated with early AD/HD, in clinical and research contexts [6, 7]. Psychosocial interventions such as behavioural parent training (PT) which address parenting behaviours, with potential consequences for children's outcomes, are considered the first-line treatment for preschoolers at risk of AD/HD [8, 9], with pharmacological treatment being recommended only after a trial of behavioural intervention or when this first-line approach is not available. These guidelines have resulted mainly from a large-scale randomized study which evaluated the efficacy of methylphenidate pharmacological treatment on AD/HD symptoms in almost 300 preschool children, the Preschool AD/HD Treatment Study (PATS) [10]. The PATS study revealed several limitations to the use of stimulants in the treatment of preschoolers compared with school-age children: it was found to be less effective, especially if three or more comorbidities were present; more side effects were reported and there were more concerns about the long-term impact of medication [11, 12].

Taking into account AD/HD chronicity [13], the negative outcomes associated with its early onset and the need to maximize PT benefits [14] from both a clinical and cost-effective perspective, more studies evaluating the long-term effects of such interventions in preschoolers displaying early AD/HD behaviours are imperative. In fact, a growing body of evidence suggests that parent-based programmes can improve parenting skills [e.g. 15-20] and reduce child-reported AD/HD symptoms [e.g. 16-18, 20-23], and that these effects can be sustained over time [e.g. 15, 18, 19, 21-25], reinforcing the value of PT as an early intervention strategy for AD/HD in preschool years. However, more research concerning the long-term efficacy of this kind of treatment is still needed to clarify PT robustness and the maintenance of improvements over time [6] and give a clearer perspective of effective gains for children and their families [26]. Since the lasting effects of PT are not always consistent between studies [e.g. 27-29], additional research in this area such as the study presented in this paper will provide information about the maintenance of these gains or direction of change (increase or decrease) over time [26].

The Incredible Years basic parent training

The IY [30] is one of the most researched and empirically supported psychosocial interventions for children (3–8 years old) with behaviour problems. Although IY was not specifically designed for AD/HD, the fact that many of the children with oppositional defiant and conduct problems, included in IY randomized studies, also had comorbid inattentive and hyperactive symptoms has drawn researchers' attention to the possibility of changing these behaviour problems as well [e.g. 31]. In fact, recent research has shown that IY is also indicated as an effective intervention for preschoolers with AD/HD and comorbid conduct behaviours, since positive outcomes have been confirmed across multiple child functioning settings [17, 20]. IY directly targets family risk factors by enhancing positive supportive parenting approaches and parent–child interactions, thus contributing to the development of children's social–emotional regulation skills [20, 31]. Furthermore, recent studies have shown that, after the IY programme, improvements in the AD/HD behaviours of young children are maintained during follow-up. In a randomized controlled trial (RCT) using a 12-week IY intervention programme with parents of 50 preschoolers scoring above questionnaires' cutoffs on AD/HD and conduct problems [25], post-intervention effects were sustained, with improvements in the AD/HD outcome measure demonstrating statistical and clinical stability over a period of 12 and 18 months after baseline. More recently, an RCT trial of 49 preschoolers with a primary diagnosis of AD/HD treated with a multimodal intervention comprising Incredible Years parent and child programmes for approximately 20 weekly sessions [24] found that the effects on children's AD/HD symptoms and externalizing problems, and on parenting practices, were maintained after 1 year of follow-up.

IY: research in Portugal

Although there has been some investment in parental intervention and positive parenting research in Portugal in recent years in an attempt to implement European guidelines (especially the Council of Europe recommendation on positive parenting), further efforts are required to scientifically evaluate and test evidence-based interventions [32, 33] with a view of informing policy makers about the most effective programmes for specific populations and making effective interventions available to all parents. The IY (specifically, the 2001 version) [30] has been translated and implemented in Portugal [33] and its effectiveness has been tested since

2009 [34] in a Portuguese longitudinal RCT with preschoolers at risk of disruptive behaviours. Preliminary data of this trial with a subsample of Portuguese preschoolers with early AD/HD behaviours showed significant short-term improvements in reported measures of children's hyperactive and inattentive behaviours and in mothers' observed and self-reported parenting practices and sense of competence after a 14-week IY intervention programme, when compared with a waiting-list control group (WLG) [35]. Nearly half the preschoolers in that pre-post study (43 %) clinically improved in the reported AD/HD outcome measure compared with 11 % in the WLG. Additionally, IY has demonstrated good acceptability among participants, with mothers having a good attendance rate and reporting high levels of satisfaction with the programme [35].

Study aims

This paper's main goals are to evaluate the long-term efficacy of IY (12-month follow-up) on children AD/HD behaviours and on mothers' parenting practices, and the stability of the previously reported effects [35], from post- to follow-up assessment. Based on previous studies [24, 25] we expect that the changes observed shortly after the intervention will be maintained after 12 months of follow-up.

Methods

Study participants

Participants were part of a larger longitudinal RCT [34] of 125 preschoolers from both clinical and community contexts in Portugal who were considered to be at risk of disruptive behaviours (see flowchart Fig. 1). Of the 125 children involved in the main trial, 100 were included in a subsample at risk of developing AD/HD analysed in this paper (AD/HD subsample). Only the longitudinal data from children in the intervention group (IYG) and their primary caregivers ($n = 52$) are reported in this study, since IY was offered to participants in the waiting-list control group (WLG = 48) after post-intervention assessment, meaning that they could no longer be used as a control group.

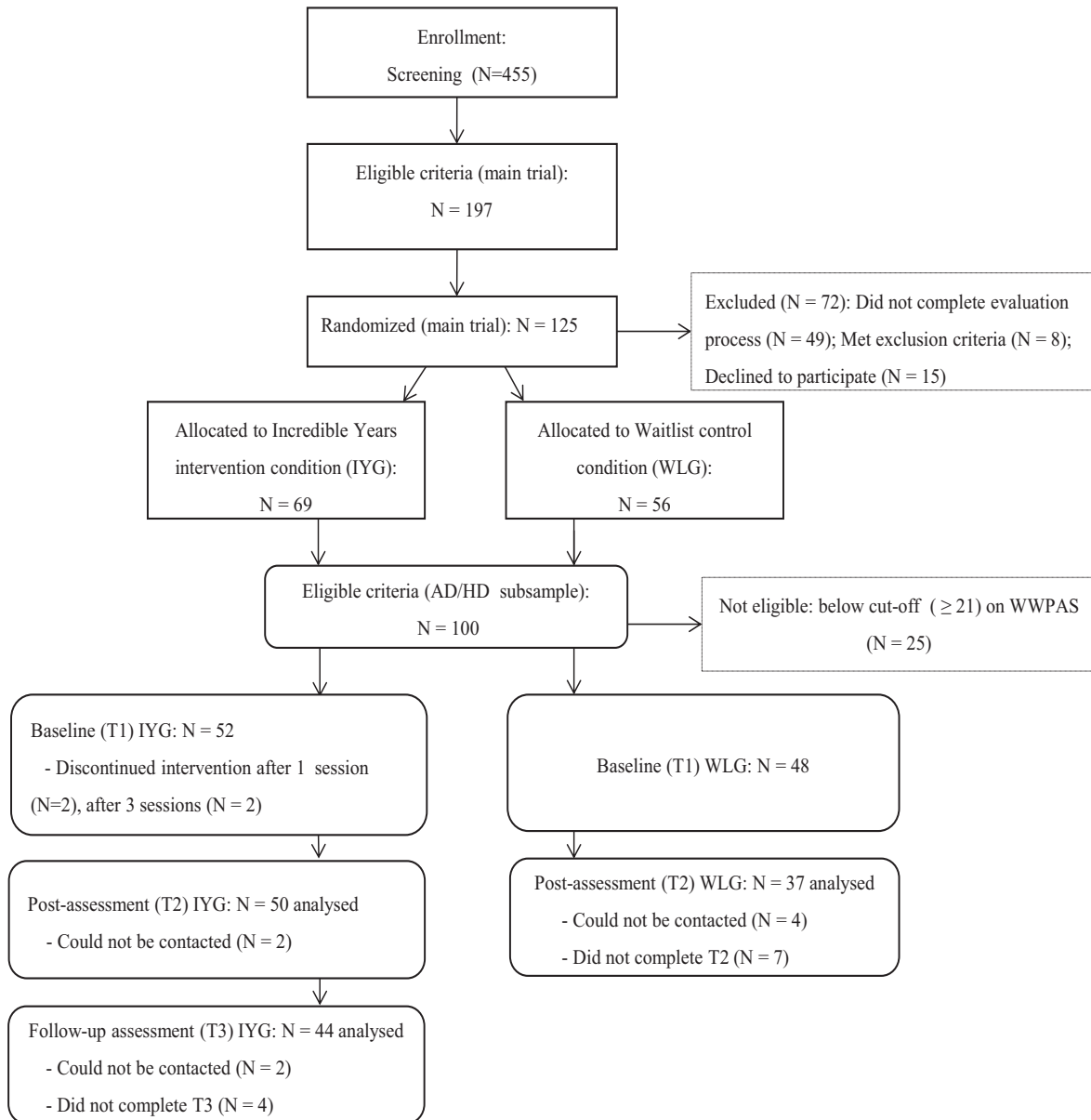


Fig. 1 Participants' flowchart

The socio-demographic and clinical characteristics of the participants in the intervention group are reported in Table 1. Primary caregivers were mostly mothers (92 %), and the remaining were adoptive mothers (4 %) or grandmothers (4 %). Primary caregivers (from now on referred to as mothers) were 36 years old on average, and mostly married or living as married (83 %). Nearly half the mothers (60 %) had completed more than 12 years of education, 42 % were from a middle socioeconomic background and most lived in an urban area (86 %). Twenty-three percent of the mothers' self-reported depressive symptoms on the Beck Depression Inventory [36] were above the clinical cutoff (17; $M = 8.15$, $SD = 7.51$) and 15 % had AD/HD symptoms on the Adult AD/HD Rating Scale [37] above a clinical range (≥ 9 symptoms score; $M = 9.92$, $SD = 7.29$). A mean of 2.70 stress events (in a list of 24; $SD = 2.33$) on the Stressful Life Events subscale of the Parenting Stress Index [38] were reported. Most of the children were boys (71 %), with a mean age of 4.19 ($SD = 0.86$), with 56 % being clinically referred and 44 % community referred. Half of the intervention children had a sibling, whereas 40 % were only children. The majority of children (83%) scored above the borderline cutoff on the Hyperactivity Scale (≥ 7) of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [39, 40] and all of them scored above the defined cutoff for hyperactive behaviours on the Werry-Weiss-Peters Activity Scale [(WWPAS) cutoff = 21 corresponding to a score $\geq 80^{\text{th}}$ percentile] [41, 42]. The range of results observed in the WWPAS was wide (21-49). Additionally, 85 and 65 % of the children (according to mothers' and pre-school teachers' perceptions, respectively) showed overactivity/inattention behaviours at or above the moderate-risk range on the Preschool and Kindergarten Behaviour Scales-2nd Edition (PKBS-2) [43]. Half of them (54 %) also exhibited AD/HD behaviours in a clinical concern, when the Parental Account of Childhood Symptoms (PACS) was used to interview the mother. Furthermore, more than half the children had comorbid oppositional/aggressive behaviours (79 % above the moderate-risk range on the PKBS-2).

Table 1. Sample characteristics at baseline for the intervention condition (IYG)

Variable	IYG
Primary caregiver, no. (%)	<i>n</i> = 52
Mother	48 (92%)
Adoptive mother	2 (4%)
Grandmother	2 (4%)
Age (years), mean \pm SD	36.37 \pm 5.66
Years of education, mean \pm SD	13.90 \pm 3.89
Marital status, no. (%)	
Married/as married	43 (83%)
Divorced/separated	8 (15%)
Single	1 (2%)
Family SES ^a , no. (%)	
Low	16 (31%)
Medium	22 (42%)
High	14 (27%)
Geographical zone, no. (%)	
Urban	45 (86%)
Mother's depressive symptoms (BDI), mean \pm SD	8.15 \pm 7.51
Mother's AD/HD symptoms (AARS), mean \pm SD	9.92 \pm 7.29
Stressful life events (PSI), mean \pm SD	2.69 \pm 2.33
<i>Child</i>	
Age (months), mean \pm SD	55.92 \pm 10.9
Gender (male), no. (%)	37 (71%)
Siblings, mean \pm SD	0.71 \pm 0.69
Reference, no. (%)	
Clinically referred	29 (56%)
Community referred	23 (44%)
AD/HD behaviours	
(WWPAS), mean \pm SD	32.36 \pm 7.90
(SDQ-Hyperactivity), no. (%) \geq 7	43 (83%)
(PACS-HYP), no. (%) \geq 16	28 (54%)
(PKBS-O/I_mother), no. (%) \geq 16	44 (85%)
(PKBS-O/I_teacher), no. (%) \geq 15	34 (65%)

Notes: SD Standard deviation; SES Socioeconomic Status; BDI Beck Depression Inventory; AARS Adult AD/HD Rating Scale; PSI Parenting Stress Index; WWPAS Werry-Weiss-Peters Activity Scale; SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire; PACS-HYP Parental Account of Childhood Symptoms - Hyperactivity Scale; PKBS-O/I Overactivity/Inattention subscale of the *Preschool and Kindergarten Behaviour Scales*; ^a SES was defined using a standardized classification developed for Portuguese population [62]

Eligibility

Eligible families for this subsample analysis had fulfilled the following inclusion criteria: (1) children between 3 and 6 years old attending preschool; (2) children scoring equal or above the Portuguese borderline cutoff levels [39] on the Conduct Scale or on the Hyperactivity Scale of the SDQ [40], and children scoring equal or above the Portuguese at risk cutoff level [41] for AD/HD behaviours as assessed by the WWPAS [42]; (3) parents able to read Portuguese, interested in the intervention and having given written consent to take part in this RCT. Exclusion criteria were: (1) children with a formal diagnosis of neurological or developmental disorder (e.g. autism) or severe developmental delay; (2) children undergoing pharmacological or psychotherapeutic treatment.

Ethics

This study was approved by the Portuguese National Committee of Data Protection and by the Medical Ethical Committee (for children referred by a mental health centre).

Procedures and randomization

The trial took place at a university community service facility and in a mental health centre from January 2009 to December 2012. Information about the study was divulged in pre-schools, first care and paediatric and mental health institutions, and also disseminated through a blog and newspaper advertisement. Families were self-referred or referred by health professionals. After screening, families were interviewed for children's and parents' background and demographic and clinical data; children found to be eligible for the main trial completed the baseline assessment comprising a multi-method protocol (<http://fpce.uc.pt/anosincriveis/protocolo.doc>). Eligible preschoolers were stratified by age and gender, and the parent-child unit was randomly assigned to an intervention or control group (IYG and WLG; approximately on a 3:2 basis) by the principal investigator using simple randomization procedures (see Fig. 1). From the randomly allocated children, 52 in the IYG fulfilled criteria for the AD/HD subsample analysed in this paper (see Fig. 1). A priori sample size calculations based on power analysis revealed that for a power of 0.90, with $p < 0.05$, testing for repeated measures in one group, a minimum of 44 participants would be necessary to detect medium to large effects. The IY was delivered through 14 weekly sessions. Evaluations were repeated 6 months after the baseline for both groups (post-intervention assessment, T2) and 12 months after baseline (follow-up assessment, T3). The latter was only applied to the intervention group, as the WLG was offered IY soon after the completion of T2, for ethical reasons.

Masking

Baseline assessment took place before randomization, and at T2 all possible efforts were made to keep the two independent trained evaluators blind to the participants' group. Masking was no longer possible in the subsequent T3 assessment, since only intervention families were evaluated.

Parent training intervention

The basic IY protocol [30] was delivered in groups of 9 to 12 parents by two trained group facilitators, as in other similar studies [e.g. 17], over 14 consecutive weeks (the number of sessions previewed for the 2001 IY protocol was 12-14). Like other studies analysing the effects of IY on children behaviours, two booster sessions were carried out [44, 45] for clinical and ethical reasons [27] (to review parenting strategies, discuss new problems, prevent relapse and reinforce parents' support): the first one 9 months after baseline (between assessments T2 and T3) and the second 15 months after baseline (after assessment T3). Sessions were run in the evening for about 2h in a university community service facility or mental health centre. Subjects such as play, descriptive comments, praise and rewards, household rules and routines, clear commands, parents' calming thoughts, ignoring, time-out, consequences and problem-solving were addressed through the programme [30], with a special focus on contents covering social, emotional and persistence coaching, routines and effective limit setting. Sessions also promoted the development of social learning principles within a collaborative and problem-solving process, through different active strategies such as role play, video analysis, brainstorming and discussion of different topics. Issues regarding fidelity were strongly taken into account throughout the implementation of the programme. Group facilitators had a background in clinical child psychology or psychiatry, and had undertaken the IY certification process to deliver the programme with fidelity. They had attended the three-day accredited Incredible Years leader's training, had previously run at least one pilot group and were accredited as group leaders ($n = 4$) or undergoing the certification process ($n = 2$). Group facilitators received support and monitoring by an IY-accredited trainer. A manualized protocol was followed, with weekly leader checklists, and self- and peer-evaluation questionnaires.

Measures

All the measures selected for this AD/HD subsample are a part of the assessment protocol used in the main trial (<http://fpce.uc.pt/anosincriveis/protocolo.doc>) and were repeated at T2 and T3.

Child Behaviours: mothers' and teachers' reported measures

The WWPAS [42] provides an overall rating of preschool hyperactivity behaviours in different daily life situations according to the mother's point of view. In the present subsample, internal consistency for the total scale was 0.82. The PKBS-2 [43] is an 80-item behaviour rating scale that assesses the social skills and problem behaviours of preschoolers. The Overactivity/Inattention subscale (PKBS-O/I: 8 items), the Oppositional/Aggressive subscale (PKBS-O/A: 9 items), and the Social Skills scale (PKBS-SS: 34 items) were specifically analysed as dependent measures in this study analysis, from the perspective of both pre-school teachers and mothers. The Cronbach alpha coefficients for the PKBS-2 scales ranged from 0.72 to 0.92.

Child behaviours: mother's interview

The PACS [46], modified for preschool years [47], was used. This semi-structured clinical interview evaluates the core symptoms of AD/HD and conduct problems across a wide range of situations and the impact of children's identified problems on their family functioning over the previous 6 months. In this sample, the Hyperactivity scale was analysed. The internal consistency for this subscale was 0.59, and the inter-rater reliability (between two raters based on 25 interviews) was high (intra-class correlations of 0.98).

Parenting behaviours: mothers' self-reported measures

The Parenting Scale (PS) [48] evaluates dysfunctional discipline practices. The total score and the three sub-scales were analysed: Laxness (11 items); Overreactivity (10 items) and Verbosity (7 items). In the present sample, internal consistency ranged from 0.50 to 0.70. The Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) [49] measures the parents' perceptions of their competence through two subscales: Satisfaction (9 items) and Efficacy (7 items). Levels of internal consistency ranged from 0.70 to 0.83.

Parent-child interaction behaviours: observation measure

The Dyadic Parent-Child Interaction Coding System (DPICS) [50] evaluates the parent-child interaction quality through different observed parent and child behaviour categories, coded as present or absent during a 25-min laboratory interaction task (playing with a standardized set of toys). In this study three parenting composites were analysed [20, 51]: Positive Parenting (labelled and unlabelled praise, positive affect, physically positive behaviour and problem-solving); Coaching (descriptive/encouragement statements and questions, reflective statements and questions); and Critical Parenting (critical statements and negative commands); and two children composites: Child Deviance (cry-whine-yell, physical negative, smart talk, destructive and noncompliant behaviours); and Child Pro-Social Behaviours

(nonverbal and verbal positive affect and physical warmth). Twenty recorded DPICS were coded by another rater and an overall mean of 76 % inter-rater agreement was found. Intraclass correlations ranged from 0.53 (for Child Pro-Social Behaviour) to 0.97 (for Positive Parenting).

Data analysis strategy

The general linear model (GLM) for repeated measures analyses of variance (ANOVA) was conducted to examine time intervention effects (T1-T3), and contrasts of results between T2 and T3 were carried to evaluate the maintenance of effects. Non-parametric tests were also performed: the Mann-Whitney test for group comparison and attrition and the McNemar test for clinical change.

Clinically significant change was defined as a reduction of over 30 % [52] from T1 to T3 in the children's AD/HD behaviours as assessed by WWPAS outcome screening measure and by the percentage of children that moved from a moderate or high-risk range in the baseline to a normative range at follow-up, on one additional measure of child AD/HD behaviours (PKBS-O/I: mothers' and teachers' perceptions).

Results were considered to be statistically significant at an alpha level of $p < 0.05$. The Greenhouse-Geisser sphericity correction was performed and reported for multivariate analyses. Effect sizes (ES) were estimated using partial eta square (η_p^2) and classified according to Cohens' principles [53]: 0.01 for a small effect, 0.06 for a medium effect and 0.14 for a large effect size. All analyses were performed with SPSS 19.0. Results were analysed both per-protocol (assessment completers $n = 48$) and on an intention-to-treat basis (ITT) that included all allocated cases ($n = 52$) and adopted a conservative approach of no change compared to the previous evaluation in the lost cases [54].

Results

Parent training attendance

Mothers in this study had a high IY attendance rate: 88 % of the mothers ($n = 46$) attended nine or more group sessions (i.e. two thirds of the programme; $M = 11.10$, $SD = 3.2$). Only 12 % of mothers ($n = 6$) attended fewer than nine sessions, and of these only four mothers (8 %) dropped out of the programme altogether.

Attrition

Ninety-six percent of all participants ($n = 50$) were retained at T2 and 85 % ($n = 44$) completed T3 (see Fig. 1). Mothers lost to follow-up ($n = 8$) did not differ from the retained mothers in any demographic or clinical variable. The retained children differed from those who

were lost to follow-up with regard to the teachers' initial ratings of their social skills (completers $M = 78.51$, $SD = 11.75$ > lost to follow-up $M = 69.14$, $SD = 8.29$; $U = 74.00$, $p = 0.042$). There were no statistical differences between the two groups in any other clinical or socio-demographic measure at baseline.

Additional support after 12 months of follow-up

At T3, only 6 % ($n = 3$) of the intervention children were medicated and 21 % ($n = 10$) were receiving additional support from outpatient services. There were a few differences between the additional support (27 %) and non-additional support (73 %) groups: children who had additional support were mostly clinically referred (85 %; $\chi^2 = 5.83$; $p = 0.022$) and mothers' ratings of their AD/HD behaviours were higher at the post-intervention assessment (PKBS-O/I: $U = 125.00$, $p = 0.034$; WWPAS: $U = 109.00$, $p = 0.031$). Moreover, mothers' observed critical parenting (CP) and reported number of stress events (stress) were higher in the additional support group at T1 and T2 (CP_pre: $U = 109.00$, $p = 0.030$; CP_post: $U = 88.50$, $p = 0.034$; stress_pre: $U = 113.00$, $p = 0.016$; stress_post: $U = 127.00$, $p = 0.031$). Since differences between groups were only observed in four outcome measures, additional support after 12 months of follow-up was not entered as a covariate in the following analysis.

Twelve-month intervention effects

Throughout the text, we present results according to the ITT analysis; nevertheless, results from both a per-protocol and ITT analysis were similar (see Tables 2, 3). The children's age and gender were not controlled for the intervention effects analysis, since children's gender was only significantly correlated with two of the childrens' measures reported by teachers.

Although a significant change from T1 to T3 was found in outcome variables other than those presented, only the outcome variables for which significant or marginally significant interaction effects (time X condition) had been found from T1 to T2 [35] were reported in this analysis, as the absence of a control group at T3 could have biased the interpretation of the findings.

Child behaviour outcomes

A significant time effect was found from T1 to T3 for most of the outcome measures analysed (see Table 2). According to parents' and teachers' reports, children's AD/HD behaviours and oppositional problems significantly decreased from the pre- to 12-month follow-up assessment with results showing large effect sizes (between 0.17- 0.44). Although the mothers' reports of children's social skills showed a significant increase ($F_{[1, 50]} = 24.23$, $p < 0.001$, partial $\eta^2 = 0.32$), when these behaviours were observed (DPICS Pro-Social) only a

trend towards statistical significance was found ($F_{[1, 44]} = 3.07, p = 0.052, \text{partial } \eta^2 = 0.07$). Changes remained stable with regard to the children's variables, as no significant differences were found from T2 to T3. Overall, effect sizes ranged from < 0.01 to 0.05 , indicating small changes. The only exception was children's AD/HD behaviour (as reported in the mothers' interview: PACS), which continued to decrease from T2 to T3 ($F_{[1, 50]} = 7.02, p = 0.011, \text{partial } \eta^2 = 0.12$).

Parenting behaviour outcomes

A significant time effect was found in seven of the eight measures analysed (see Table 3). From pre- to 12-month follow-up, the mothers' self-reported sense of competence and efficacy significantly increased, while self-rated dysfunctional practices (Laxness, Overreactivity and Verbosity) significantly decreased, with results indicating large effect sizes (between 0.15 - 0.49). Regarding observed parenting behaviours, a significant time effect was found for positive parenting ($F_{[1, 44]} = 12.65, p < 0.001, \text{partial } \eta^2 = 0.23$). No significant change was found for coaching ($F_{[1, 44]} = 0.89, p = 0.407, \text{partial } \eta^2 = 0.02$), as the post-intervention effect that had been observed on coaching (from T1 to T2) had faded out by the 1-year follow-up assessment. Changes remained stable as regards the parental variables, where non-significant differences were found from T2 to T3. Overall, the effect sizes ranged from < 0.01 to 0.02 , indicating small changes from T2 to T3.

Table 2. Differences from baseline to follow-up and from post-intervention assessment to follow-up assessment in the intervention condition: children outcome measures

Variable	ITT			Per protocol analysis			
	Baseline	Post	Follow-up	T1 - T3 (F, p)	ES	T2 - T3 (F, p)	ES
<i>Mother reports</i>							
	T1	T2	T3	(n = 52)		(n = 44)	(n = 44)
WWPAS (21) ^a	32.52±7.87	23.92±9.25	23.32±9.42	38.91 (<0.001)	0.44	32.40 (<0.001)	0.44
							0.08 (0.769)
PKBS: O/I (16) ^b	18.78±3.44	16.30±3.95	15.96±4.14	20.67 (<0.001)	0.29	16.61 (<0.001)	0.28
							0.18 (0.673)
PKBS: O/A (19) ^b	20.67±4.31	17.69±5.17	17.40±5.90	19.25 (<0.001)	0.27	20.68 (<0.001)	0.33
							0.26 (0.612)
PKBS: SS (76) ^b	72.23±10.89	79.11±8.56	80.92±9.37	24.23 (<0.001)	0.32	18.56 (<0.001)	0.32
							2.78 (0.103)
PACS-HYP (16) ^c	16.02±6.44	12.08±6.23	10.62±5.67	27.65 (<0.001)	0.35	24.09 (<0.001)	0.36
							7.92 (0.007)
<i>Teacher reports</i> ¹							
				(n = 46)		(n = 36)	(n = 36)
PKBS: O/I (15) ^b	16.62±5.48	13.95±5.56	13.91±6.34	9.52 (<0.001)	0.17	7.84 (0.001)	0.20
							0.006 (0.939)
PKBS: O/A (15) ^b	15.22±6.61	12.85±6.31	12.47±7.39	11.54 (<0.001)	0.20	8.06 (0.001)	0.20
							0.12 (0.735)
<i>Lab observed behaviours: DPICS (Child)</i> ²							
				(n = 46)		(n = 34)	(n = 34)
Child Pro-social	7.27±6.05	8.97±7.25	9.83±6.27	3.07 (0.052)	0.07	2.17 (0.123)	0.07
							0.65 (0.428)

Notes: Results are expressed as mean ± standard deviation. ^a Portuguese cut-off [41]. ^b Portuguese cut-off [63]. ^c Cut-off [23]. ¹ N differ due to missing data and informant (from T1 to T3 78% of pre-school teachers completed assessment). ² Technical problems in video registration contributed for available DPICS outcomes. *ITT* Intention to treat analysis; *ES* Effect size partial η^2 ; *WWPAS* Werry-Weiss-Peters Activity Scale; *PKBS* Preschool and Kindergarten Behaviour Scales; *O/I* Overactivity/Inattention; *O/A* Oppositional/Aggressive; *SS* Social Skills; *PACS-HYP* Parental Account of Childhood Symptoms-Hyperactivity Scale; *DPICS* Dyadic Parent-Child Interaction Coding System.

Table 3. Differences from baseline to follow-up and from post-intervention assessment to follow-up assessment in the intervention condition: parent outcome measures

Variable	ITT				Per protocol analysis ¹						
	Baseline T1	Post T2	Follow-up T3	T1-T3 (F, p) (n = 52)	ES	T2-T3 (F, p) (n = 52)	ES	T1-T3 (F, p) (n = 44)	ES	T2-T3 (F, p) (n = 44)	
<i>Mothers reports</i>											
PS Total	3.60±0.42	3.08±0.48	3.04±0.46	48.21 (<0.001)	0.49	0.79 (0.337)	0.02	41.65 (<0.001)	0.51	0.27 (0.606)	<0.01
Laxness	2.96±0.70	2.57±0.64	2.54±0.67	13.98 (<0.001)	0.22	0.13 (0.717)	<0.01	15.62 (<0.001)	0.28	0.13 (0.720)	<0.01
Overreactivity	3.65±0.72	3.18±0.76	3.13±0.66	16.53 (<0.001)	0.25	0.43 (0.513)	0.01	9.28 (0.001)	0.18	0.001(0.997)	<0.01
Verbosity	4.28±0.88	3.47±0.77	3.38±0.81	35.09 (<0.001)	0.41	0.77 (0.385)	0.01	31.78 (<0.001)	0.44	0.29 (0.590)	<0.01
				(n = 52)		(n = 52)		(n = 42)		(n = 42)	
PSOC Total	55.79±7.61	59.24±7.06	59.32±6.98	12.14 (<0.001)	0.20	0.02 (0.900)	<0.01	8.51 (0.001)	0.18	0.04 (0.843)	<0.01
Efficacy	24.20±4.63	25.95±3.95	25.64±3.76	8.42 (0.001)	0.15	0.88 (0.351)	0.02	8.45 (0.001)	0.18	0.88 (0.352)	0.02
				(n = 46)		(n = 46)		(n = 34)		(n = 34)	
<i>Lab observed behaviours: DPICS (Mother)²</i>											
Positive Parent.	19.09±11.81	27.50±11.32	27.06±11.97	12.65 (<0.001)	0.23	0.06 (0.813)	<0.01	11.84 (<0.001)	0.28	0.48 (0.495)	0.02
Coaching	24.02±12.69	25.52±13.39	22.65±13.56	0.89 (0.407)	0.02	2.29 (0.137)	0.05	0.78 (0.458)	0.02	1.66 (0.208)	0.05

Notes: Results are expressed as mean ± standard deviation.¹ N between measures differ due to missing data.² N differ due to technical problems in video registration. *ITT* Intention to treat analysis; *ES* Effect size partial η^2 ; *PS* Parenting Scale; *PSOC* Parenting Sense of Competence Scale; *DPICS* Dyadic Parent-Child Interaction Coding System.

Clinically significant reduction of AD/HD behaviours after 12 months of follow-up

In the WWPAS outcome measure, 59 % of children showed a clinically meaningful reduction of reported AD/HD behaviours at home of more than 30 % from the initial baseline scores to T3. Sixty percent of children were above the at-risk cutoff at T3 compared to the baseline, when all the participants (100 %) were above it. In two additional AD/HD measures [reported AD/HD behaviours (PKBS-O/I) at home and at school], the results of the McNemar change test showed a significant difference in the number of children who changed from a moderate-or high-risk to a non-risk range, compared to the number of participants who moved in the opposite direction, from T1 to T3 ($p = 0.001$ and $p = 0.002$, respectively). Moreover, also according to parents' and teachers' reports, 58 and 45 % of the children at the 12-month follow-up were above the clinical cutoff for AD/HD behaviours (PKBS-O/I), compared to 85 % and 71 % at baseline. The same analyses did not reveal any significant changes from T2 to T3 in any of the measures (PKBS-O/parents: $p = 0.791$; PKBS-O/teachers: $p = 0.774$; WWPAS: $p = 0.508$), indicating the maintenance of a clinically important reduction of AD/HD behaviours [35] at 12 months of follow-up. Similar results were found when a per-protocol analysis was carried out.

Discussion

This paper has analysed the long-term effects of a parent-based intervention programme, the IY, on a sample of preschoolers at risk of developing AD/HD, whose mothers had received 14 weeks of group intervention training. It was expected that the post-intervention changes in children's and mothers' outcomes would be maintained 12 months after baseline. Overall, large intervention effect sizes were found from baseline to 12-month follow-up; and the effects found in the post-intervention assessment [35] remained stable over time, as demonstrated by non-significant differences and small effect sizes between follow-ups at 6 and at 12 months. Thus, whatever the type of analysis performed (ITT or per protocol), the results were maintained after 1 year of follow-up.

Concerning our main findings, at the 12-month follow-up assessment, mothers continued to report a significant decrease in their children's AD/HD behaviours. This was also true for the mothers' interview, where a significant positive change from T2 to T3 was even found, with mothers reporting less hyperactivity and fewer inattention behaviours after 12 months of follow-up, compared to the post-intervention assessment. These results indicate that changes in child behaviour could take more time to occur and become manifest only after changes in parenting skills become more consistent [21]. Some authors argue that with a longer period of follow-up some delayed intervention effects ('sleeping effects') may appear [55].

Additional data showed similar findings. Reported oppositional behaviours at home decreased over time, from baseline to 12 months of follow-up, showing that the intervention had sustained effects on comorbid behaviour symptoms as well. This finding is consistent with previous studies [e.g. 24] and is important, since AD/HD can predict the development of oppositional defiant disorder and subsequent conduct disorder [4], and these disorders are associated with a higher risk of having an ADHD diagnosis in subsequent years [13]. Also, the effects of the intervention on mothers' reports of children's social skills were also maintained after 12 months of follow-up and were in part consistent with observed child pro-social behaviour. In fact, although only a marginally significant effect was found from baseline to subsequent assessments with regard to these observed skills, they continued to increase over time. Given that social skills can play an important role in the prevention of secondary negative outcomes in AD/HD children, by enhancing positive relationships with adults and peers [4], this finding must be taken into account. After 12 months of follow-up, the reported treatment effects at school were also maintained, since, according to teachers' perceptions, the reduction in the children's AD/HD and oppositional behaviours found at T2 was sustained. Consequently, although evidence for the generalization of PT effects to a non-targeted setting (e.g. school context) has not been completely established [6], these results are encouraging.

Regarding other major findings, the impact of IY on parenting skills was also maintained after 1 year of follow-up, insofar as mothers continued at T3 to use positive parenting skills and less harsh and dysfunctional practices, and were feeling more effective in parenting. The fact that these changes were sustained after 12 months of follow-up is extremely relevant, since parents of children with these characteristics tend to feel less competent regarding their parenting skills [14]. Moreover, parenting skills, especially as regards positive parenting, are considered important mediators of treatment outcomes [56, 57]. Preschoolers with early AD/HD difficulties may be more sensitive to negative parenting and there is an increased risk of the development of a negative cycle of comorbid behaviour problems, school failure and coercive parent-child interactions. Therefore, it is of great preventive value to invest in increasing parents' sense of effectiveness [7, 22]. Unfortunately, the initial changes observed in mothers' coaching skills decreased from T2 to T3. Some possible explanations can be proposed for this result. Firstly, the intervention programme was not successful enough in sustaining this parenting skill, which is very important for parents of AD/HD children [16] who are often characterized by self-regulation difficulties [37]. We could speculate that this version of the IY programme (14 weekly sessions, for children at risk for AD/HD) was not long enough, and that more time would be necessary to allow parents to practice these skills (i.e. descriptive persistence and social-emotional comments) more intensively like in the longer version of IY used by Webster-Stratton et al. [20] in a recent study (approximately 20 weekly sessions, for

AD/HD diagnosed children). Nevertheless, this was the protocol used in other similar studies, even in a shorter 12-session version [17]. Secondly, it may also suggest the need for using more methods to reinforce parenting skills and maintain improvements (e.g. additional booster sessions; the establishment of a post-intervention support network for parents) [6].

To sum up, although a proportion of children were still within the range considered to be at risk of developing AD/HD (and in need of additional intervention), there was an important clinical reduction of children's AD/HD behaviours at home, with more than half the children showing a meaningful improvement of over 30 % from baseline to 12 months of follow-up. This was higher than the previously reported clinical reduction of AD/HD behaviours that occurred from baseline to post-intervention assessment [35], meaning that clinical improvements in reported AD/HD behaviours were also sustained and even increased over time. Additionally, only a few children had sought additional help between T2 to T3, which may not have influenced the stability of effects over time endorsed to the IY programme. These children were clinically referred, had higher AD/HD behaviours at T2, their mothers reported more stressful events and were more critical with their children. Furthermore, children who were lost to follow-up were seen by their pre-school teachers at baseline as less socially competent than children who completed T3. Therefore, these results highlight the need to pay special attention to families with higher risk factors at baseline, both in the assessment and in the intervention process, to completely meet these families' needs.

This study therefore offers preliminary support for the stability of the benefits of IY intervention in a sample of Portuguese preschoolers displaying AD/HD behaviours. Using a 14-weekly session version of IY plus two booster sessions (the first of which might also have contributed to the reported outcomes), our results are consistent with other comparable long-term trials that used a different IY dosage [24, 25] and provide additional evidence for the effectiveness of a specific parent training (the IY) for young children with early AD/HD-related behaviours. Besides, the high engagement in the programme (low dropout rate) and high attendance rate, key elements for long-term benefits [6], reinforce the programme's acceptability within different countries. Indeed, the IY model is highly effective in preventing dropout (e.g. through make-up sessions, weekly phone calls, a highly demanding leaders' accreditation process), enhancing family participation (e.g. collaborative process) and in reducing attendance barriers (e.g. through the provision of child care or a post-labour schedule) [33]. Furthermore, the study is part of a broader longitudinal RCT, benefiting from a multi-method (e.g., questionnaires, interview, observation) and multi-informant (e.g. parents, teachers, child) comprehensive approach which increases its validity and reduces potential parent rating bias.

As previously mentioned, the findings should be interpreted cautiously and some weaknesses should be considered. For example, the fact that this subsample was defined based on the top 20 % of an AD/HD screening measure (the WWPAS was chosen to identify preschool children presenting AD/HD-related behaviours) should be considered when comparing these results (at risk AD/HD subsample) to other studies using AD/HD diagnosed samples. The absence of a control group at the 12-month assessment is another weakness of this study. We tried to minimize this by analysing only the variables that had shown significant or marginal intervention effects at T2 when compared with the WLG; nevertheless, we cannot firmly conclude whether the sustained changes are due to the intervention or if they result from other factors, such as the development process. Additionally, the small sample size at follow-up could have limited the power of the analysis to detect small effects and, consequently, the possibility to generalize results. Moreover, due to the lack of instruments for this age group in Portugal, and despite the careful selection of these measures based on similar effectiveness studies [17, 22, 23, 51] and in previous data from Portuguese samples (<http://fpce.uc.pt/anosincriveis/protocolo.doc>), psychometric properties of some of the measures are concerning (e.g., low internal consistency on PACS and PS) as they may reduce the scope of some results, calling attention to the need of future psychometric studies. Furthermore, biases were less controlled at follow-up, since evaluators were no longer blind to the participants' group. Finally, other ways of collecting data from parents and teachers (e.g. collecting the questionnaires in the mothers' and teachers' own settings; presenting the study to pre-school teachers before baseline assessment) should be considered to reduce the attrition rate and overcome difficulty in retrieving completed questionnaires. Besides, the 22 % rate of missing data among pre-school teachers may compromise the generalization of these results.

This study should be replicated with further Portuguese samples, within different contexts (e.g. a clinically based context) to investigate the possibility of generalizing these results and to identify the most cost-effective practices [58], when IY is compared with routine care, in usual interventions. In general, future studies must clarify the maintenance of the IY effects for longer periods and with larger samples of AD/HD preschoolers. Secondly, the primary outcome measures of AD/HD and the evaluation of clinical significance should also comprise observational measures, to minimize possible reporting biases [59]. Despite the pattern of improvement maintenance observed in this study, a proportion of participants did not achieve significant clinical changes. Future analysis of this sample and of the effectiveness of IY in similar samples should study predictors and moderators of change, exploring the characteristics of participants for whom this intervention has worked better [e.g. 22, 23, 31, 60], participants who may need further types of support (e.g. a combination with other programmes directly

targeting the child or the school; higher number of booster sessions) or a longer period of intervention [24].

Finally, future studies should compare PT effects to PT plus other components, to analyse possible additional intervention benefits. Also, research should be able to clarify if a general parental training programme like the IY, implemented in the early years, is more effective in the long run and more able to improve impairment in different areas of the child's functioning beyond AD/HD symptoms [6] than a specifically designed AD/HD intervention programme [23].

This paper has highlighted the sustained benefits of a parent-based intervention programme in preschool-age children with AD/HD behaviours. It adds support to the use of PT, especially when implemented with fidelity [61] in the early years, and targets a specific group of Portuguese children at risk of developing future AD/HD problems and their parents. This work also contributes to the growing literature on parenting interventions for Portuguese families, making available in Portugal a well-researched programme targeting preschoolers with early ADHD behaviours and their parents. Since AD/HD at preschool age involves an increased risk of a further chronic and negative developmental trajectory, early identification, intervention and continuous monitoring are required to reduce risk and reinforce the children's and parents' protective factors at such a challenging stage of development.

References

1. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). APA, Washington DC.
2. Daley D, Jones K, Hutchings J, Thompson M (2009) Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children: current findings, recommended interventions and future directions. *Child: Care Health Dev* 35(6):754–766.. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00938
3. Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Kipp H, Ehrhardt A, Lee S et al (2004) Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at a 4–6 years of age. *Am J Psychiatr* 161(11):2014-2020.
4. Beauchaine T, Hinshaw S, Pang K (2010) Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clin Psychol Sci Pract* 17(4):327-336. doi: 10.1111/j.1468-2850.2010.01224.x
5. Campbell SB, Spieker S, Burchinal M, Poe M, The NICHD Early Child Care Research Network (2006) Trajectories of aggression from toddlerhood to age 9 predict academic and social functioning through age 12. *J Child Psychol Psychiatr* 47:791-800. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01636.x
6. Rajwan E, Chacko A, Moeller M (2012) Nonpharmacological interventions for preschool ADHD: state of the evidence and implications for practice. *Prof Psychol Res Pract* 43(5):520-526. doi: 10.1037/a0028812
7. Sonuga-Barke E, Koerting J, Smith E, McCann D, Thompson M (2011) Early detection and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother* 11(4):557-563. doi: 10.1586/ERN.11.39
8. American Academy of Pediatrics (2011) ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 128(5):1-16. doi: 10.1542/peds.2011-2654
9. National Institute for Health and Clinical Excellence (2008) Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults (Clinical Guidance 72). NICE, London.
10. Kollins S, Greenhill L, Swanson J, Wigal S, Abikoff H, McCracken J et al (2006) Rationale, design, and methods of the preschool ADHD treatment study (PATS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45(11): 1275-1283. doi: 10.1097/01.chi0000235074.86919.dc
11. Greenhill L, Kollins S, Abikoff H, McCracken J, Riddle M et al (2006) Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 45(11):1284-1293. doi: 10.1097/01.chi.0000235077.32661.61

12. Ghuman JK, Riddle MA, Vitiello B, Greenhill LL, Chuang SZ et al (2007) Comorbidity moderates response to methylphenidate in the preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder treatment study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol* 17:563-80. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.001
13. Riddle M, Yershova K, Lazzaretto D, Paykina N, Yenokyan G, Greenhil L et al (2013) The preschool attention-deficit/hyperactivity disorder treatment study (PATS) 6-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 52(3):264-278.e2. doi: 10.1016/j.jaac.2012.12.007
14. Chronis A, Chacko A, Fabiano G, Wymbs B, Pelham W (2004) Enhancements to the Behavioural Parent Training Paradigm for families of children with ADHD: review and future directions. *Clin Child Fam Psychol Rev* 7(1):1-27. doi: 10.1023/B:CCFP.0000020190.60808.a4
15. Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C (2002) The effects of the Triple P-Positive Parenting Programme on preschool children with co-occurring disruptive behaviour and attentional/hyperactive difficulties. *J Abnorm Child Psychol* 30:571-587. doi: 10.1023/A:1020807613155
16. Herbert S, Harvey E, Roberts J, Wichowski K, Lugo-Vandelas C (2013) A randomized controlled trial of a parent training and emotion socialization programme for families of hyperactive preschool-age children. *Behav Ther* 44:302-316. doi: 10.1016/j.beth.2012.10.004
17. Jones K, Daley D, Hutchings J, Bywater T, & Eames C (2007) Efficacy of the Incredible Years basic parent training programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child Care Health Dev* 33:749-756. doi: 10.1111/j.1365-2214.2007.00747.x
18. Matos M, Bauermeister J, Bernal G. (2009) Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behaviour problems: a pilot efficacy study. *Fam Process* 48(2):232-252. doi: 10.1111/j.1545-5300.2009.01279.x
19. Pisterman S, Firestone P, McGrath P, Goodman JT, Webster I, Mallory R, Goffin B (1992) The role of parent training in treatment of preschoolers with ADDH. *Am J Orthopsychiatry* 62:397-408. doi: 10.1037/h0079356
20. Webster-Stratton C, Reid J, Beauchaine T P (2011) Combining parent and child training for young children with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol* 40(2):191-203. doi: 10.1080/15374416.2011.546044
21. Kern L, DuPaul G, Volpe R, Sokol N, Gary L et al (2007) Multisetting assessment-based intervention for young children at risk for attention deficit hyperactivity disorder: initial effects on academic and behavioural functioning. *Sch Psychol Rev* 36: 237-255.
22. Sonuga-Barke E, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A (2001) Parent-based therapies for preschool attention deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial with a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:402-408. doi: 10.1097/00004583-200104000-000
23. Thompson M, Laver-Bradbury C, Ayres M, Le Poidevin E, Mead S et al (2009) A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programme for preschoolers with

- attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 18:605-616. doi:10.1007/s00787-009-0020-0
24. Webster-Stratton C, Reid M J, Beauchaine TP (2012) One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol* 42(2):251-261. doi: 10.1080/15374416.2012.7232
25. Jones K, Daley D, Hutchings J, Bywater T, Eames C (2008) Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: long-term follow-up. *Child Care Health Dev* 34(3):380-390. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00817.x
26. Bywater T, Hutchings J, Daley D, Whitaker C, Yeo ST et al (2009) Long-term effectiveness of a parenting intervention for children at risk of developing conduct disorder. *Br J Psychiatry* 195:1-7. doi: 10.1192/bjp.bp.108.05631
27. Eyberg SM, Edwards D, Boggs S, Foote R (1998) Maintaining the treatment effects of parent training : The role of booster sessions and other maintenance strategies. *Clin Psychol Sci Pract* 5(4):544-554. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00173.x
28. Murray D (2010) Treatment of preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep* 12:374-381. doi: 10.1007/s11920-010-0142-6
29. Serketich W, Dumas J (1996) The effectiveness of behavioural parent training to modify antisocial behaviour in children: a meta-analysis. *Behav Ther* 27(2):171-186. doi: 10.1016/S0005-7894(96)80013-X
30. Webster-Stratton C (2001) *The parent and child series: A comprehensive course divided into four programmes—leaders' guide*. The Incredible Years, Seattle.
31. Hartman RR, Stage SA, Webster-Stratton C (2003) A growth curve analysis of parent training outcomes: examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *J Child Psychol Psychiatry* 44(3):388-398. doi: 10.1111/1469-7610.00129
32. Almeida A, Abreu-Lima I, Cruz O, Gaspar MF, Brandão T et al (2012) Parent education interventions: results from a national study in Portugal. *Eur J Dev Psycho* 19(1):135-149. doi: 10.1080/17405629.2011.647865
33. Webster-Stratton C, Gaspar M, Seabra-Santos M (2012) Incredible Years® parent, teachers and children's series: transportability to Portugal of early intervention programmes for preventing conduct problems and promoting social and emotional competence. *Psychosoc Interv* 21(2):157-169. doi: 10.5093/in2012a15
34. Seabra-Santos MJ, Gaspar M F, Azevedo A, Homem T, Leitão S (2012) Developing and researching the Incredible Years programmes in Portugal. Paper presented at the Centre for Evidence Based Early Intervention Annual Conference 2012 "Supporting Parents, Children and Teachers: Research and

- practice”, Cardiff. <http://incredibleyears.com/programs/implementation/implementation-examples> (Accessed 2 Apr 2012)
35. Azevedo A, Seabra-Santos M J, Gaspar M F, & Homem T (2013) The Incredible Years Basic Parent Training for Portuguese preschoolers with AD/HD behaviours: does it make a difference? *Child Youth Care Forum* 42(5):403-424. doi: 10.1007/s10566-013-9207-0
36. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4(6):561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
37. Barkley RA, Murphy KR (1998) *Attention deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. Guilford, New York.
38. Abidin R, Santos S (2003) *Índice de Stress Parental—Manual*. [Parenting Stress Index—Manual]. CEGOC, Lisboa
39. Abreu-Lima I, Alarcão M, Almeida A, Brandão T, Cruz O, Gaspar M, Santos M (2010) *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010* [Evaluation of parenting interventions: Report 2007–2010]. http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF. Accessed 7 January 2013
41. Eugénio S (2011) *Sentido de competência parental em mães/pais de crianças em idade pré-escolar* [Parental sense of competence in mothers/fathers of preschoolers] (Unpublished Master Dissertation). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal
42. Routh D (1978) *Hyperactivity*. In: Magrab P (ed) *Psychological management of paediatric problems*. University Park Press, Baltimore, pp 3–8
43. Merrell KW (2002) *Preschool and Kindergarten Behaviour Scales*, 2nd edn. PRO-ED, Austin
44. Lees D, Ronan K (2008) Engagement and effectiveness of parent management training (Incredible Years) for solo high-risk mothers: a multiple baseline evaluation. *Behav Change* 25(2):109–128
45. Posthumus J, Raaijmakers M, Maassen G, Engeland H, Matthys W et al (2011) Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *J Abnorm Child Psychol* 40(4):487–500. doi:10.1007/s10802-011-9580-9
46. Taylor E, Schachar R, Thorley G, Wiselberg M et al (1986) Conduct disorder and hyperactivity I: separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 149:760–767. doi:10.1192/bjp.149.6.760
47. Sonuga-Barke E, Lamparelli M, Stevenson J, Thompson M, Henry A et al (1994) Pre-school behaviour problems and intellectual attainment: the associations of hyperactivity and conduct problems. *J Child Psychol Psychiatry* 35:949–960. doi:10.1111/j.1469-7610.1994.tb02304.x
48. Arnold D, O’Leary S, Wolff L, Acker M et al (1993) The parenting scale: a measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychol Assess* 5:137–144. doi:10.1037/1040-3590.5.2.137.12

49. Johnston C, Mash E (1989) A measure of parenting satisfaction and efficacy. *J Clin Child Psychol* 18(2):167–175. doi:10.1207/s15374424jccp1802_8
50. Eyberg SM, Robinson EA (1981) Dyadic parent–child interaction coding system. Parenting Clinic, University of Washington, Seattle
51. Hutchings J, Bywater T, Daley D, Gardner F, Whitaker C et al (2007) Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: pragmatic randomised controlled trial. *Br Med J* 334:678–682. doi:10.1136/bmj.39126.620799.55
52. Axberg U, Hansson K, Broberg A (2007) Evaluation of the Incredible Years Series: an open study of its effects when first introduced in Sweden. *Nord J Psychiatry* 61(2):143–151. doi:10.1080/08039480701226120
53. Cohen J (1988) *Statistical power analysis for the behavioural sciences*, 2nd edn. Laurence Erlbaum, NJ
54. Hollis S, Campbell F (1999) What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *Br Med J* 319:670–674. doi:10.1136/bmj.319.7211.670
55. Sanders, M., Bor, W., & Norawska, A. (2007). Maintenance of treatment gains: A comparison of enhanced, standard, and self-directed Triple P-positive parenting programme. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 983-998. doi:10.1007/s10802-007-9148-x
56. Gardner F, Burton J, Klimes I (2006) Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: outcomes and mechanisms of change. *J Child Psychol Psychiatry* 47(11):1123–1132. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01668.x
57. Healey D, Flory J, Miller C, Halperin J et al (2011) Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool
58. O’Neill D, McGilloway S, Donnelly M, Bywater T, Kelly P (2013) A cost-effectiveness analysis of the Incredible Years parenting programme in reducing childhood health inequalities. *Eur J Health Econ* 14(1):85–94. doi:10.1007/s10198-011-0342-y
59. Gardner F (2000) Methodological issues in the direct observation of parent–child interaction: do observational findings reflect the natural behaviour of participants? *Clin Child Fam Psychol Rev* 3(3):185–198. doi:10.1023/A:1009503409699
60. Gardner F, Hutchings J, Bywater T, Whitaker CJ et al (2010) Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcome in an effectiveness trial of a parenting intervention in multiple ‘Sure Start’ services. *J Clin Child Adolesc Psychol* 39(4):568–580. doi:10.1080/15374416.2010.486315
61. Hutchings J, Gardner F (2012) Support from the Start: effective programmes for three to eight year-olds. *J Child Serv* 7(1):29–40. doi:10.1108/17466661211213652

62. Almeida LS (1988). O raciocínio diferencial dos jovens portugueses: Avaliação, desenvolvimento e diferenciação. [Differential reasoning in Portuguese youth: Assessment, development and differentiation]. Instituto Nacional de Investigação Científica, Porto
63. Major S (2011) Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas [Assessment of social skills and behaviour problems in preschool: Portrait of Portuguese children] (Doctoral dissertation). https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese_Sofia%20Major.pdf (Accessed 13 Jan 2012)

"A diferença dos AI está nos detalhes, nas nuances, e na capacidade de parar e ver as coisas de outra forma." (Pai de uma menina de 6 anos)

Capítulo 6
Estudo Empírico III

Do Portuguese Preschoolers with High Hyperactivity Behaviors Make More Progress than those with Low Hyperactivity after Parental Intervention?

Submetido para publicação

Do Portuguese Preschoolers with High Hyperactivity Behaviours
Make More Progress than those with Low Hyperactivity after Parental Intervention?

Andreia Azevedo, Maria João Seabra-Santos, Maria Filomena Gaspar & Tatiana Carvalho Homem

Abstract

This paper analyses the improvement over 12 months of two groups of Portuguese preschoolers after a parental intervention with the Incredible Years Basic Parent Program (IY). The groups were defined by children initial levels of hyperactivity behaviors (High-hyperactivity, $n = 34$; Low-hyperactivity, $n = 18$). Changes in children hyperactivity reported behaviours and in mothers' self-reported parental practices and mood were evaluated from baseline to the 12-month follow-up. Preschoolers with higher initial hyperactivity levels seem to have benefitted more from the IY intervention compared to children with lower baseline levels. However, this Low-hyperactivity group also improved. Further exploratory findings also indicate high levels of maternal acceptance and satisfaction with the intervention in both groups, although some differences were observed. Overall, findings suggest that IY is equally suitable for parents of Portuguese preschoolers with high and low hyperactive behaviors at baseline, highlighting the usefulness of the program for children with different risk levels.

Keywords: hyperactivity behaviors; preschool children, early intervention; Incredible Years Basic Parent Training

Introduction

Attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) is more frequently identified in school-age children, even though AD/HD symptoms may be present in children under the age of 5 (e.g., Egger & Angold, 2006; Lahey et al. 1998). Despite the huge developmental changes within this age period (Kern et al. 2007; Sonuga-Barke et al., 2005), which requires a carefully staged approach to the early identification and intervention of AD/HD (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2008), studies comparing this condition in preschool and school-age children show a similar symptom structure and neuropsychological patterns, as well as similar associated global impairment (e.g., at school, home and with peers) and long-term difficulties (e.g., academic underachievement, antisocial behavior, social exclusion, delinquency, and substance use) (e.g., Lahey et al. 2004; DuPaul et al., 2001; Sonuga-Barke et al., 2003). Thus, preschoolers presenting high levels of AD/HD symptoms are a prime target for early intervention (Sayal et al., 2012) in order to prevent the negative developmental trajectories (e.g., comorbid externalizing disorders) usually associated with early-onset AD/HD (Beauchaine & McNulty, 2012; Sonuga-Barke et al., 2011; Webster-Stratton et al., 2011).

Recent guidelines from the American Academy of Pediatrics (AAP, 2011) and from the NICE (2008) strongly recommend behavioral parent training (PT) as the first-line treatment option for AD/HD in preschool years, and hold that pharmacological treatment should only be considered when there is still significant room for improvement after a behavioral intervention trial or when this first-line approach is not available. In fact, growing empirical evidence from randomized controlled trials (RCT) shows that PT can reduce reported AD/HD symptoms (generally among children with other comorbid disruptive behaviors) and improve parenting practices in short- and long-term assessments (e.g., Bor et al., 2002; Herbert et al., 2013; Jones et al., 2008; Matos et al., 2009; Pisterman et al., 1992; Sonuga-Barke et al., 2001; Thompson et al., 2009; Webster-Stratton et al., 2013).

In view of this, the Incredible Years Parent Training (Webster-Stratton, 2001), an evidence-based behavioral PT (<http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=311>) and 'promising' program according to Blueprints criteria (<http://www.blueprintsprograms.com/factSheet.php?pid=7719a1c782a1ba91c031a682a0a2f8658209adbf>), for children between 3 and 8 years of age with behavior problems, was selected for this study. IY has recently been shown to be effective in reducing AD/HD symptoms, and sustained improvements were demonstrated after long-term follow-up in two different trials of preschoolers with AD/HD symptoms and comorbid conduct problems (Jones et al., 2008; Webster-Stratton et al., 2011). As with other PT programs (e.g., Bor et al., 2002; Matos et al.,

2009; Sonuga-Barke et al., 2001), the IY group intervention is based on social learning and operant condition theories (Webster-Stratton, 2001), and focuses on developing positive parent-child interactions and supportive parenting approaches, and on promoting children's social-emotional regulation skills (skills that are usually impaired in children with AD/HD [Webster-Stratton et al., 2013]) through parenting.

In Portugal the effectiveness of the IY program is currently being tested (since 2009) in a longitudinal RCT with a sample of preschoolers at risk for externalizing disorders (Seabra-Santos et al., 2012). A previous analysis with a subsample of this trial comprising children with AD/HD behaviors whose parents had received the IY intervention for 14 weeks showed statistically significant short- (Azevedo, Seabra-Santos, Gaspar, & Homem, 2013a) and long-term improvements in reported measures of preschoolers' hyperactive behaviors and mothers' observed and self-reported parenting practices and sense of competence: 59% of the IY children clinically improved in a reported AD/HD outcome measure at 12-month follow-up (Azevedo, Seabra-Santos, Gaspar, & Homem, 2013b). Furthermore, IY has demonstrated good levels of acceptability among Portuguese participants (e.g., high attendance rates, low dropout, high levels of reported program satisfaction) (Azevedo et al., 2013a).

Despite the evidence for the effectiveness of PT, not all families benefit from it equally. Consequently, research has also aimed to identify the target populations for whom this type of intervention works best (e.g., Beauchaine et al., 2010; Gardner et al., 2010) and to identify the characteristics of children and parents that could contribute to different treatment outcomes (see Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006; Reyno & McGrath, 2006 for a revision). Among the different child variables that can predict the response to PT, the initial severity of child behavior problems has been identified as one of the most studied predictors and is considered moderately associated with treatment outcomes (e.g., Reyno & McGrath, 2006). Nevertheless, the literature is not consistent about this issue: some studies show that children with high levels of behavior problems benefited from PT interventions more than children with lower levels of disruptive behavior (e.g., Hautmann et al., 2010; Jones et al., 2008; Reid, Webster-Stratton, & Baydar, 2004; Webster-Stratton et al., 2013), while others suggest that severe behavior problems are resistant to change and are associated with poorer outcomes (e.g., Hinshaw, 2007; Kazdin & Wassel, 2000). Furthermore, the severity of AD/HD in preschoolers was identified as a significant risk marker of symptoms persisting into middle childhood and of a future externalizing trajectory (e.g., Lahey et al., 1998). Therefore, it is important to target children with early signs of AD/HD at an initial stage and to observe the differences in the outcome of treatment depending on initial levels of symptoms. This will enable early interventions to be better tailored to the specific needs of the children and their families, thereby maximising their success potential.

Thus, this study supplements our previous IY effectiveness study of a sample of Portuguese preschoolers (Azevedo et al., 2013a) by analysing the potential differences in IY benefits, taking into account the initial level of hyperactivity behaviors. More specifically, it aims to explore differences in 12-month change in two groups of preschoolers with different levels of initial hyperactivity behaviors (High- and Low-hyperactivity groups) after an IY intervention that had previously demonstrated short- and long-term effects with these children and mothers in general. Long-term change in this study was defined as the difference in children and mothers' outcome measures from pre- to 12-month follow-up assessments. Further exploratory analyses were conducted to investigate group differences regarding levels of satisfaction with the IY program as regards the ease and usefulness of the parenting strategies covered and the methods used throughout the program.

Methods

Study Participants and Procedures

The participants in this study were drawn from a larger sample of a longitudinal RCT (the main trial) which tested the effectiveness of the IY program in Portuguese preschoolers at risk of disruptive behaviors (Seabra-Santos et al., 2012). Children eligible for the main trial had either been referred by health professionals or were self-referred by their families, and had scored equal to or above the Portuguese borderline cut-off levels (Abreu-Lima et al., 2010) on the Conduct (≥ 5) or the Hyperactivity Scale (≥ 7) of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 2001). Other inclusion criteria were the child's age (between three and six years) and parental interest in attending a 14-session group intervention, combined with their ability to read Portuguese. For this study (at risk for AD/HD sample) another criterion was considered: scoring equal to or above the Portuguese at risk cut-off level (≥ 21 corresponding to the 80th percentile) (Eugénio, 2011) as assessed by the Werry-Weiss-Peters Activity Scale (WWPAS) (Routh, 1978). All the families gave their written consent and the study design was approved by the Portuguese National Committee of Data Protection and by the Medical Ethical Committee of the mental health centre involved in this study.

This paper analyses participants who received the IY intervention and were evaluated at baseline and at 12-month follow-up (although measures were also collected 6 months after baseline, these were not taken into account in this study). Children were included in a High-hyperactivity group if they scored equal to or above the 95th percentile (≥ 28) on the WWPAS at baseline. All the other children were included in a Low-hyperactivity group. Of the 52 children at baseline, 34 were in the High-hyperactivity group and 18 were in the Low-hyperactivity group.

The sociodemographic characteristics of the High and Low-hyperactivity groups of participants (children and mothers) are shown in Table 1. No differences were found between groups with regard to these characteristics.

Table 1. Baseline characteristics for participants in Low and High Hyperactivity groups

Baseline characteristics	Low hyperactivity (<i>n</i> = 18)	High hyperactivity (<i>n</i> = 34)	<i>P</i> -value
<i>Primary caregiver: no. (%)</i>			
Mother	17 (94%)	31 (91%)	
Adoptive mother		2 (6%)	.527 ^a
Grandmother	1 (6%)	1 (3%)	
Age (years): mean ± <i>SD</i>	36.33±4.06	36.38±6.19	.908 ^b
Years of Education: mean ± <i>SD</i>	14.11±3.84	13.79±3.97	.840 ^b
<i>Marital Status: no. (%)</i>			
Married/as married	15 (83%)	28 (82%)	.756 ^a
Divorced/separated/single	3 (17%)	6 (18%)	
Mother's depressive symptoms (BDI):	8.41±7.73	9.42±7.50	.545 ^b
<i>Family SES^c: no. (%)</i>			
Low	5 (28%)	11 (32%)	
Medium	7 (39%)	15 (44%)	.750 ^a
High	6 (33%)	8 (24%)	
<i>Child</i>			
Age (years): mean ± <i>SD</i>	4.17±0.71	4.21±0.95	.879 ^a
Gender (male): no. (%)	12 (67%)	25 (74%)	.603 ^b
<i>Reference: no. (%)</i>			
Clinically referred	11 (61%)	18 (53%)	.573 ^a
Community referred	7 (39%)	16 (47%)	
Comorbid oppositional/aggressive behaviors: no. (%)	15 (83%)	26 (77%)	.568 ^a

Note: *SD* Standard deviation; *SES* Socioeconomic Status; *BDI* Beck Depression Inventory; ^a Mann-Whitney *U*-test for continuous variables; ^b Chi-square tests for categorical variables; ^c SES was defined using a standardized classification developed for Portuguese population (Almeida,1988).

Study Measures

The measures selected for this analysis (mother's interview, maternal rating scales of the child's behavior problems, and self-reported assessments of parenting effectiveness, mood

and satisfaction with the program) are described in detail in the assessment protocol of the main trial (Seabra-Santos et al., 2013). These measures were previously used in preliminary studies with Portuguese samples (see Seabra-Santos et al., 2013 for description of these studies) and are the most frequently used in similar high-standard studies (e.g., Hutchings et al., 2007b; Thompson et al., 2009).

Werry-Weiss-Peters Activity Scale (WWPAS; Routh, 1978). This 27-item mother-reported measure evaluates the hyperactivity behaviors of preschoolers in different situations of daily life (e.g., during meals, watching television, drawing, playing, sleeping). Parents rate the frequency of symptoms as occurring *none* (0), *some* (1) or *much* (2) of the time, and a total score (ranging from 0 to 54) is derived by adding up these ratings. WWPAS has been used in several studies of behavioral problems (including AD/HD) in preschool-age children, and has shown good psychometric properties (e.g., Eyberg et al., 2001; Sonuga-Barke et al., 2001; Thompson et al., 2009). Studies that used this measure with non-clinical Portuguese samples have shown high levels of internal consistency (between .87 and .91; Almeida, 2009; Eugénio, 2011). For this particular sample, the Cronbach alpha coefficient was .82.

Preschool and Kindergarten Behavior Scales – 2nd edition (PKBS-2; Merrell, 2002). This rating scale assesses preschoolers' social skills and problem behavior. For this study we selected two subscales, which were filled in by the mother: the Overactivity/Inattention subscale (PKBS-O/I: 8 items) and the Oppositional/Aggressive subscale (PKBS-O/A: 9 items). Internal consistency for these subscales in this sample was .72 and .91, respectively.

Parental Account of Childhood Symptoms (PACS; Taylor et al., 1986). PACS is a semi-structured clinical interview that evaluates the AD/HD and conduct symptoms and their impact on family functioning over the previous six months. For this study, the PACS preschool version from Sonuga-Barke et al. (1994) was used. The Cronbach alpha coefficient for PACS subscales in this sample ranged from .59 (Hyperactivity subscale) to .72 (Conduct problems subscale), and the inter-rater reliability between two coders was .98 (ICC).

Parenting Scale (PS; Arnold et al., 1993). This self-reported measure assesses parents' dysfunctional discipline practices. A total score and three subscale scores can be derived: Laxness (11 items); Overreactivity (10 items) and Verbosity (7 items). Internal consistency for this sample was low, ranging from .50 (Verbosity) to .70 (Laxness). In this scale higher scores represent more use of negative parenting practices.

Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961). This 21-item self-reported inventory measures the severity of symptoms associated with depression. In this study, the internal consistency of the total scale as assessed by Cronbach's alpha was .90.

Parental Satisfaction Questionnaire (Webster-Stratton, 2001). At the end of the 14-week intervention program, parents completed a 53-item questionnaire regarding their general satisfaction with the IY program (9 items). They were also asked to score the following dimensions: the level of difficulty and usefulness of the methods used (16 items; e.g., group discussion, role-play, use of DVDs) and parenting strategies trained (14 items; e.g., play, praise, ignore); their satisfaction with the group leaders' skills (10 items); and the level of support from the group (4 items). A 7-point scale was used, where a higher score meant a higher level of satisfaction. In this study, the mothers' satisfaction concerning the methods used and the parenting strategies covered through the program were analyzed.

Intervention: Brief Protocol Description

The IY manualized program was delivered during 14 weekly sessions (of approximately 2 hours each) at a university-based facility ($n = 9$ groups) or mental health centre ($n = 2$). Groups of nine to 12 parents were run by six group leaders, who had been trained in the program and had extensive clinical experience ($n = 2$ per group). The IY program, developed by Webster-Stratton (2001), is based on social learning and collaborative principles, and addresses different parenting strategies (e.g., play, descriptive comments, praise and rewards, rules and routines, commands, parents' calming thoughts, ignoring, time-out, consequences, problem solving) using a multi-method approach (e.g., role-play, DVDs, group discussion, reading materials). To ensure the implementation of the program according to integrity requirements, group leaders had been reliably trained and received continuous support from different IY-accredited mentors. Besides, they all had previous experience with the program prior to the trial study. After each session, a leader checklist was completed in order to closely monitor the adherence to the protocol. Self- and peer-evaluation questionnaires were also filled in so that the degree of fidelity in IY implementation could be appraised in peer-coach supervision sessions.

Statistical Analysis

Analyses were carried out with SPSS 19.0, and results were considered to be statistically significant at an alpha level of $p < .05$ up to $.10$, thus including trends toward significance. Only the results of those that had completed the intervention were analyzed ($n = 44$: High-hyperactivity = 28 and Low-hyperactivity = 16), since previous analysis with this sample had shown similar results for both per protocol and intention-to-treat approaches. Furthermore, at 12-month follow-up, the level of attrition was small and the percentage of non-completers ($n = 8$) did not significantly differ between groups (High-hyperactivity = 17%; Low-hyperactivity = 11%; $\chi^2 = 0.38$, $p = .530$). Baseline sociodemographic and clinical differences were examined using the Mann-Whitney U test for continuous variables and Chi-square tests for categorical variables. Non-parametric tests were also performed for exploring differences in change from baseline to follow-up (12-month assessment) between groups defined by severity (High and Low hyperactivity behaviors) in selected child and mothers' outcome variables. Non-parametric statistics were primarily used in this analysis due to the small sample size.

Results

IY attendance

Preliminary analysis showed a non-significant difference between groups regarding the intervention drop-out rate (High-hyperactivity = 9% and Low-hyperactivity = 6%; $\chi^2 = 0.17$, $p = .674$). Excluding the four mothers that dropped out of the intervention, no significant differences were found in the program attendance rate, considering a number of sessions attended above or below nine (i.e., two-thirds of the total 14 sessions): 100% and 93% of the mothers in the Low and High-hyperactivity groups, respectively, attended 9 or more IY sessions (High-hyperactivity: $M = 11.45$, $SD = 1.80$ [7 to 14 sessions]; Low-hyperactivity: $M = 12.59$, $SD = 1.50$ [9 to 14 sessions]; $\chi^2 = 1.14$, $p = .285$). In addition, significantly more mothers from the High-hyperactivity group attended the IY with a second caregiver (High-hyperactivity = 55% with fathers and 3% with grandmother; Low-hyperactivity = 23% with fathers; $\chi^2 = 5.27$, $p = .022$).

Long-term intervention improvement

As expected, at baseline, the preliminary analyses showed significant differences between groups only in two AD/HD measures (WWPAS: $U = .000$, $p = < .001$; PACS-HYP: $U = 144.000$, $p = .002$). For all the other measures, the groups were equivalent at baseline (see Table 2 for M and SD).

Table 2. Change in outcome measures from baseline to follow-up in the High and Low hyperactivity behaviors subgroups: Means, standard deviations and ps

Variable	High hyperactivity (n = 28)			Low hyperactivity (n = 16)			P-value ^a
	Baseline (BL)	Follow-up (FU)	BL – FU	Baseline (BL)	Follow-up (FU)	BL – FU	
<i>Child behavior (Cut-off)</i>							
WWPAS ^b (21)	36.40±5.99	24.07±9.35	12.33±9.39	23.87±2.24.87	18.87±8.01	5.00±6.70	.008‡
PKBS: O/I (16)	19.23±3.04	15.73±4.13	3.29±3.96	17.93±4.38	15.43±4.01	2.50±3.72	.605
PKBS: O/A (19)	21.00±4.03	16.65±5.95	4.18±4.73	20.31±4.78	17.18±5.91	3.12±3.96	.488
Interview: PACS-HYP ^{b,c} (16)	17.82±6.01	11.25±5.01	6.57±7.14	12.13±4.66	8.00±5.22	4.12±5.50	.055‡
PACS-CP	16.25±6.88	10.25±7.18	6.00±6.80	17.38±6.36	11.81±3.88	5.56±6.83	.835
<i>Mother behaviour</i>							
PS Total	3.58±0.42	2.92±0.42	0.66±0.47	3.62±0.50	3.12±0.52	0.50±0.46	.357
Laxness	2.88±0.48	2.41±0.62	0.47±0.58	3.00±0.96	2.51±0.74	0.48±0.56	.577
Overreactivity	3.65±0.67	3.03±0.55	0.62±0.60	3.61±0.69	3.46±0.69	0.15±0.85	.018‡
Verbosity	4.33±0.93	3.29±0.81	1.04±0.96	4.25±0.84	3.73±0.78	0.88±0.89	.726
BDI	8.15±5.65	5.88±5.02	2.26±4.01	8.37±7.99	8.62±8.18 ^d	-0.25±8.59	.032‡

Note: Results are expressed as mean ± standard deviation. WWPAS Werry-Weiss-Peters Activity Scale; PKBS Preschool and Kindergarten Behavior Scales; O/I Overactivity/Inattention; O/A Oppositional/Aggressive; SS Social Skills; PACS Parental Account of Childhood Symptoms; HYP Hyperactivity subscale CP Conduct problems subscale; PS Parenting Scale; BDI Beck Depression Inventory.

^a Mann-Whitney U-test for BL-FU difference between groups; ^b Significant baseline difference between groups in this measure; ^c Significant follow-up difference between groups in this measure; ^d All BL to FU within-group comparisons using the Wilcoxon test were statistically significant (all p values between < .001 and .025) except for BDI in the Low-hyperactivity subgroup (p = .569).
[‡] Significant result (p < .10).

As regards the progress made between the two assessments (from baseline to 12-month follow-up), the children and mothers in both groups showed positive alterations (as expected) for almost all the analyzed outcome measures (child AD/HD and oppositional/aggressive behaviors; and mothers' dysfunctional practices) (see Table 2 notes). Nevertheless, statistical differences were found between the two groups as regards the changes observed in four of the 10 outcome measures analyzed (Table 2). More specifically, there was a significantly greater improvement amongst the High-hyperactivity preschoolers compared to the Low-hyperactivity subgroup regarding AD/HD behaviors (WWPAS: $U = 110.500$, $p = .008$; PACS-HYP: $U = 101.500$, $p = .055$). Similarly, the mother of children in this group also showed a significantly greater decrease in their overreactive parenting practices (PS-Overreactivity: $U = 117.000$, $p = .018$). Although the mothers in either group were not clinically depressed at baseline, those in the High-hyperactivity group showed significantly more reduction (BDI: $U = 125.500$, $p = .032$). Further analysis comparing groups at follow-up showed no significant differences between them, except for interviewed AD/HD behaviors ($U = 135.000$, $p = .029$), meaning that, at follow-up, children in the High-hyperactivity group are still seen by their mothers as having more hyperactivity behaviors (however mean-scores at FU are below PACS clinical cut-off level) compared to the Low-hyperactivity subgroup. Besides, at follow-up, 25% ($n = 7$) of children from the High-hyperactivity group were above the 95th percentile on the WWPAS AD/HD outcome measure, compared to 100% at baseline; and 64% ($n = 18$) were above the 80th percentile, compared to 44% ($n = 7$) in the Low-hyperactivity ($U = 178.000$, $p = .191$).

Program satisfaction

Of the 52 mothers involved in the intervention at baseline, 45 completed the program satisfaction questionnaire (High-hyperactivity = 30; Low-hyperactivity = 15). Tables 3 and 4 show the percentage of highest positive ratings (rates 6 and 7 on a 7-point scale) regarding ease and usefulness of the program's methods (8 items) and parenting strategies (7 items), and the means and standard deviations of mothers' ratings for each dimension. Overall, program satisfaction was high and similar for both groups (most mean ratings were above 5 [*somewhat easy/useful*], and above 6 in most of the usefulness items [*very useful*]). Nevertheless, there was a marginally significant difference between groups regarding the perceived usefulness of the program's methods (Total for High-hyperactivity > Low-hyperactivity: $U = 102.000$; $p = .051$): when compared with mothers in the Low-hyperactivity subgroup, mothers in the High-hyperactivity group specifically considered role-plays ($U = 97.000$; $p = .027$) and leaders' phone-calls ($U = 93.500$; $p = .020$) significantly more useful. Additionally, these mothers (High-hyperactivity group) measured time-out ($U = 94.000$; $p = .063$) and the overall parenting

strategies covered along the IY parent training ($U = 101.000$; $p = .079$) as marginally significantly easier. As regards the major problems that originally prompted mothers to join the IY program, a significant difference was also found ($U = 150.000$; $p = .040$), with 93% of mothers reporting these problems as *improved* or *greatly improved* in the High-hyperactivity subgroup compared with 80% in the Low-hyperactivity subgroup (data not shown).

Table 3. Mothers' satisfaction with the program's methods: Mean ratings of ease and usefulness of methods and percentage of higher ratings

Dimension	High hyperactivity ($n = 30$)		Low hyperactivity ($n = 15$)	
	E + EE (%)	U + EU (%)	E + EE (%)	U + EU (%)
Program methods:	Ease	Usefulness	Ease	Usefulness
	(Mean \pm SD)	(Mean \pm SD)	(Mean \pm SD)	(Mean \pm SD)
(total: 8 items)	(5.30 \pm 0.81)	(6.52\pm0.32) ‡	(5.44 \pm 0.05)	(6.33\pm0.25)
Information presented by the leader	77%	100%	73%	100%
	(6.00 \pm 0.91)	(6.93 \pm 0.25)	(5.87 \pm 1.30)	(6.93 \pm 0.26)
Videotape vignettes	60%	97%	73%	100%
	(5.73 \pm 1.04)	(6.60 \pm 0.56)	(5.87 \pm 1.30)	(6.60 \pm 0.51)
Group discussion	73%	100%	60%	93%
	(5.83 \pm 1.02)	(6.67 \pm 0.48)	(6.00 \pm 0.93)	(6.67 \pm 0.62)
Practice of play skills at home	37%	100%	33%	92%
	(4.93 \pm 1.31)	(6.69 \pm 0.47)	(4.73 \pm 1.38)	(6.50 \pm 0.67)
Other home activities	20%	91%	20%	100%
	(4.53 \pm 1.27)	(6.31 \pm 0.89)	(4.93 \pm 0.88)	(6.42 \pm 0.51)
Buddy calls	28%	68%	29%	50%
	(4.50 \pm 1.74)	(5.84 \pm 0.99)	(5.00 \pm 1.04)	(5.42 \pm 0.90)
Practice/Role plays	40%	90%	28%	75%
	(5.13 \pm 1.31)	(6.38\pm0.67) ‡	(4.73 \pm 1.38)	(5.75\pm0.75)
Phone calls from leader	67%	100%	57%	83%
	(5.77 \pm 1.43)	(6.66\pm0.48) ‡	(5.64 \pm 1.08)	(6.00\pm0.85)

Note: SD Standard deviation; E Easy; EE Extremely easy; U Useful; EU Extremely useful. ‡ Statistically significant mean difference between groups (highlighted in bold) according to the Mann-Whitney U-test: $p > .01$ and $< .10$

Table 4. Mothers' satisfaction with parenting strategies: Mean ratings of ease and usefulness of strategies and percentage of higher ratings

Dimension	High hyperactivity (<i>n</i> = 30)		Low hyperactivity (<i>n</i> = 15)	
	E + EE (%)	U + EU (%)	E + EE (%)	U + EU (%)
Parenting strategies:	Ease	Usefulness	Ease	Usefulness
	(Mean ±SD)	(Mean ±SD)	(Mean ±SD)	(Mean ±SD)
(total: 7 items)	(5.29±0.83)	(6.62±0.46)	(5.03±0.73)	(6.59±0.47)
Play	65%	96%	75%	100%
	(5.79±1.05)	(6.82±0.47)	(6.17±0.83)	(7.00±0.00)
Descriptive commenting/attention	41%	87%	50%	93%
	(5.55±1.21)	(6.60±0.72)	(5.42±0.99)	(6.40±0.83)
Praise/Reward	69%	87%	100%	100%
	(6.21±1.15)	(6.73±0.69)	(6.42±0.51)	(6.73±0.46)
Ignoring	38%	93%	16%	87%
	(4.93±1.46)	(6.43±0.63)	(4.58±1.31)	(6.33±0.72)
Clear commands	38%	97%	33%	93%
	(5.03±1.29)	(6.63±0.56)	(4.58±1.44)	(6.33±0.72)
Time out	28%	90%	18%	93%
	(4.54±1.57)‡	(6.38±0.67)	(3.55±1.69)	(6.47±0.83)
Overall group of strategies	41%	100%	18%	93%
	(5.21±1.01)‡	(6.80±0.41)	(4.45±1.13)	(6.73±0.59)

Note: SD Standard deviation; E Easy; EE Extremely easy; U Useful; EU Extremely useful. ‡ Statistically significant mean difference between groups (highlighted in bold) according to the Mann-Whitney *U*-test: *p* >.01 and < .10

Discussion

This paper has analyzed the progress made after a 12-month period between two groups of Portuguese preschoolers with diverse levels of AD/HD behaviors at baseline (High and Low-hyperactivity levels), whose mothers attended a 14-week parent training intervention (IY).

Overall, there were improvements in both groups from baseline to 12-month follow-up, indicating the benefits of the IY program regardless of the severity of the initial hyperactivity behaviors. However, preschoolers with higher initial hyperactivity levels made greater progress

compared to preschoolers with lower levels of hyperactivity as regards the children's AD/HD behaviors reported by mothers through interviews or rating scales. Moreover, mothers of more impaired children saw a greater reduction in their negative overreactive practices and a greater improvement in their mood. Thus, in these specific outcomes, this group underwent a more marked change and seems to have benefitted more from the IY program than the lower hyperactivity group.

Similar findings (although with different analyses) were described in other studies, suggesting that children with greater behavior problems tend to improve more after a PT program (e.g., Beauchaine et al., 2005; Hautmann et al., 2010; Jones et al., 2008; Reid et al., 2004; Webster-Stratton et al., 2013). However, in the Multimodal Treatment of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder study (MTA Cooperative Group, 1999), the initial severity of AD/HD was associated with worse results for both pharmacological and behavioral treatment approaches (Hinshaw, 2007). These differences may be attributed to the way participants were selected (through a clinical diagnosis in the MTA study or based on questionnaires' cut-off scores in other studies, including ours). Besides, our children were younger than those in the MTA study, having therefore a shorter negative trajectory, which might have contributed to the amount of change in the most severe group (Hautmann et al., 2010; Jones, 2008).

The higher reduction of overreactive maternal practices observed in the severe AD/HD group is particularly relevant, since less coercive and more positive and effective practices have been associated with improvements in preschoolers disruptive behaviors (e.g., Beauchaine et al., 2005; Gardner et al., 2006; Gardner et al., 2010; Posthumus et al., 2011).

In spite of the more impressive changes observed in preschoolers with more severe hyperactivity behaviors at baseline, they continue to be perceived by their mothers as more impaired regarding hyperactivity behaviors at 12-month follow-up, which may indicate the need for further monitoring and additional intervention.

Further exploratory findings indicate a high level of mother's acceptance and satisfaction with the IY program in both groups (comparable levels of satisfaction), irrespective of hyperactivity severity between groups. Even mothers of lower hyperactivity children (who might have less to change) were motivated and interested in the program, and had on average a slightly higher program attendance rate. Interestingly, compared with lower hyperactivity children, there were twice as many higher hyperactivity children who had two caregivers engaged in the IY intervention. We could speculate that the more the children are perceived as difficult by their mothers, the greater the level of engagement in the program expected on the part of the family (Reid et al., 2004), especially from the father, who might also have more difficulties in parenting a particularly challenging child. Besides, fathers' involvement in PT may contribute to the maintenance of PT gains (Fabiano, 2007). Additionally, a higher percentage of

mothers of severe hyperactivity children were more satisfied with their preschoolers' improvements compared with mothers of children with lower AD/HD behaviors. Mothers' improved parenting practices, their feelings of satisfaction about the child's behavioral changes and the support of having a second caregiver attending the program may have contributed to improving the mother's mood over time in the High-hyperactivity subgroup. Moreover, an improvement in the mother's mental health (depression) has been described in the literature as a significant mediator of change in the child's behavior (e.g., Hutchings et al., 2012). Furthermore, mothers in this group evaluated the overall parenting strategies as more easy to use (including specific non-violent strategies, such as time-out) for decreasing children's negative behaviors and increasing children's self-control; and IY methods were rated as more useful, especially concerning parent support (leaders' weekly phone-calls) and practicing new skills (role-plays). These have, indeed, been identified as key components for effective parent interventions (see Hutchings et al., 2004; Kaminski, Valle, Filene, & Boyle, 2008).

This paper has important strengths. First, it is a secondary analysis of a larger study that fulfilled the methodological requirements needed to evaluate the efficacy of the IY program in a sample of Portuguese preschoolers with AD/HD behaviors (see Azevedo et al., 2013a for study details), using a broadly researched intervention program, the IY, which has demonstrated good levels of acceptability in Portuguese samples (Webster-Stratton et al., 2012) and particularly in this one (high levels of parent attendance and satisfaction; low levels of dropout). This longitudinal study (change was evaluated from baseline to 12-month assessment) also benefitted from different assessment methods (e.g., questionnaires and interview) in order to diminish possible mother's rating bias.

The study also has several limitations, which should also be discussed, as they may reduce the generalizability of the findings. Firstly, the sample size is small and groups are unequal, which can reduce the statistical power of the analyses. Secondly, the analyzed data were exclusively from mothers (who had attended the IY program) and thus reveal the mother's perception of children's behaviors, which might differ from that of different informants (e.g., Roskam et al., 2010), particularly from the father. Finally, some of the measures used in this study had a worryingly low level of internal consistency (due to the limited availability of feasible instruments for preschoolers in Portugal), an issue that must be addressed in other studies.

Future analysis should include a larger Portuguese sample, comparable groups and longer follow-up assessments. These will allow for the use of more specific analyses and will shed light on the generalizability of these findings and on which kind of children and families benefit more from the IY intervention (e.g., Gardner et al., 2010). Since on average the higher AD/HD children at baseline still present higher AD/HD behaviors at 12-month follow-up, future studies should

identify more thoroughly the characteristics of participants for whom the IY intervention was not sufficient (Webster-Stratton et al., 2013). Additional analyses of mediator (e.g., program dose, parenting practices) and moderator variables (e.g., engagement of one or two caregivers) will provide more precise information about the active ingredients of change and for whom this program works the best (e.g., Gardner et al., 2006, 2010). Besides, a comparison of the longer and shorter versions of the IY program (e.g., Webster-Stratton et al. study [2011] used an IY version lasting 20-week sessions; this study and the Jones et al. study [2008] reported IY effects using shorter versions of the program, 14 and 12-week sessions respectively) in a head-to-head study would be useful to clarify the outcome differences found in children with higher levels of hyperactivity behaviors at baseline.

The present study contributes with a more detailed evaluation of the effects of IY in a Portuguese sample of preschoolers with AD/HD behaviors. It highlights the impact of different levels of initial hyperactivity behaviors on the progress made by children and mothers over time, and therefore adds valuable information to our previous knowledge about the effectiveness of the program with such children (Azevedo et al., 2013a; 2013b). To sum up, these findings have important clinical and policy implications for a more tailored IY intervention. Firstly, in response to our initial question, the findings showed considerable improvements in the more severe children, supporting the benefits of IY even for these higher risk children, when implemented in the early years. Moreover, children with lower hyperactivity behaviors at baseline also benefitted from the program and, as they have similar risk factors (e.g., nearly half of them were clinically referred and most had comorbid oppositional/aggressive behavior problems) and, since different developmental trajectories can link risk to later AD/HD disorder (Sonuga-Barke et al., 2005). Thus, they are also important targets for early identification and intervention (Beauchaine & McNulty, 2012; Tandon, Si, & Luby, 2011). Community settings, such as schools (Sayal et al., 2012) and primary care centers could be preferential contexts for screening children with AD/HD risk and comorbid behavioral problems (Lakes et al., 2009). Following NICE guidelines for AD/HD in preschool-age children (NICE, 2008) and considering this exploratory study findings, a stepped care approach should be endorsed. Therefore, after offering an evidence-based parenting program such as the IY, clinicians should monitor children who were more severe at baseline, since these children are at the same time the ones who might benefit most from the program but also those whose risk might remain at a higher level. Further evaluation of these children may identify those for whom additional intervention is still necessary (Hautmann et al., 2010; Webster-Stratton et al., 2013). From now on, there is sufficient preliminary evidence in Portugal to offer the IY to parents of preschoolers with AD/HD behaviors, thus minimizing the developmental risk and high service costs usually associated with significant negative outcomes in the academic,

behavioral and social functioning of children with AD/HD (DuPaul et al., 2001; Sayal et al., 2012). Therefore, the dissemination of interventions that ‘work’ among professionals and the increasing access of families to evidence-based intervention programs (Hutchings & Gardner, 2012) should be a priority for policy makers in Portugal.

References

- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M., & Santos, M. (2010). Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010 [Evaluation of parenting interventions: Report 2007-2010]. Retrieved from http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF.
- Almeida, A.S. (2009). Contributo para a avaliação da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção: Avaliação de sintomas em crianças e nos seus progenitores [Contribution to the Assessment of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Evaluating children's and parents' symptoms] (Unpublished Master's Thesis). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Almeida, L.S. (1988). O raciocínio diferencial dos jovens portugueses: Avaliação, desenvolvimento e diferenciação. [Differential reasoning in Portuguese youth: Assessment, development and differentiation]. Instituto Nacional de Investigação Científica, Porto.
- American Academy of Pediatrics (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, *128*(5), 1-16. doi: 10.1542/peds.2011-2654
- Arnold, D., O'Leary, S., Wolff, L., & Acker, M. (1993). The parenting scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, *5*, 137-144. doi: 10.1037/1040-3590.5.2.137.12
- Azevedo, A., Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., & Homem, T. (2013a). The Incredible Years Basic Parent Training for Portuguese preschoolers with AD/HD behaviors: Does it make a difference? *Child and Youth Care Forum*, *42*(5), 403-424. doi: 10.1007/s10566-013-9207-0
- Azevedo, A., Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., & Homem, T. (2013b). A parent-based intervention programme involving preschoolers with AD/HD behaviours: Are children's and mothers' effects sustained over time? *European Child and Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-013-0470-2
- Beauchaine, T., Hinshaw, S., & Pang, K. (2010). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *17*, 327-336. doi: 10.1111/j.1468-2850.2010.01224.x
- Beauchaine, T. P., & McNulty, T. (2012). Comorbidities and continuities as ontogenic processes: Toward a developmental spectrum model of externalizing psychopathology. Washington State University. Retrieved from <http://www.incredibleyears.com/library/items/development-and-psychopathology-2013.pdf>
- Beauchaine, T.P., Webster-Stratton, C., & Reid, M.J. (2005). Mediators, moderators and predictors of 1-year outcome among children treated for early-onset conduct problems: A latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 371-388. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.371
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*(6), 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

- Bor, W., Sanders, M.R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *30*, 571-587. doi: 10.1023/A:1020807613155
- DuPaul, G., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 508-515. doi:10.1097/00004583-200105000-00009
- Egger H. E., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 313-337. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01618
- Eyberg, S., Funderburk, B., Hembree-Kigin, T., McNeil, C., Querido, J., & Hood, K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, *23*, 1-20. doi: 10.1300/J019v23n04_01
- Eugénio, S. (2011). Sentido de competência parental em mães/pais de crianças em idade pré-escolar [Parental sense of competence in mothers/fathers of preschoolers] (Unpublished Master Dissertation). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra Coimbra, Portugal.
- Fabiano, G. (2007). Father participation in behavioral parent training for ADHD: Review and recommendations for increasing inclusion and engagement. *Journal of Family Psychology*, *21*(4), 683-693. doi: 10.1037/0893-3200.21.4.683
- Gardner, F., Burton, J., & Klimes, I. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(11), 1123-1132. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01668.x
- Gardner, F., Hutchings, J., Bywater, T., & Whitaker, C.J. (2010). Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcome in an effectiveness trial of a parenting intervention in multiple 'Sure Start' services. *Journal of Clinic Child and Adolescent Psychology*, *39*(4), 568-80. doi: 10.1080/15374416.2010.486315
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 1337-1345. doi: 10.1097/00004583-200111000-00015
- Hautmann, C., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2010). The severely impaired do profit most: Short-term and long-term predictors of therapeutic change for a parent management training under routine care conditions for children with externalizing problem behavior. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *19*(5), 419-30. doi: 10.1007/s00787-009-0072-1
- Herbert, S., Harvey, E., Roberts, J., Wichowski, K., & Lugo-Vandelas, C. (2013). A randomized controlled trial of a parent training and emotion socialization program for families of hyperactive preschool-age children. *Behavior Therapy*, *44*(2), 302-316. doi: 10.1016/j.beth.2012.10.004

- Hinshaw, S. (2007). Moderators and mediators of treatment outcome for youth with ADHD: Understanding for whom and how interventions work. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(6), 664-675. doi: 10.1093/jpepsy/jsl055
- Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., Jones, K.,...Eduards, R. (2007). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: Pragmatic randomised controlled trial. *British Medical Journal, 334*, 678-682. doi: 10.1136/bmj.39126.620799.55
- Hutchings, J., Bywater, T., Williams, M., Lane, E., & Whitaker, C. (2012). Improvements in maternal depression as a mediator of child behavior change. *Scientific Research, 3*, 795-801. doi:10.4236/psych.2012.329120
- Hutchings, J., & Gardner, F. (2012). Support from the Start: Effective programs for three to eight year-olds. *Journal of Child Services, 7*(1), 29-40. doi: 10.1108/17466661211213652
- Hutchings, J., Gardner, F., & Lane, E. (2004). Making evidence based interventions work in clinical settings: Common and specific therapy factors and implementation fidelity. In C. Sutton, D. Utting & D. Farrington (Eds.), *Support from the Start: Working with young children and their families to reduce the risks of crime and antisocial behaviour* (Research Report No. 524). London: Department of Education and Skills.
- Jones, K. (2008). *Early parent-based intervention for conduct problems and ADHD*. (Unpublished PhD Thesis). School of Psychology, Bangor University, Bangor.
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2008). Efficacy of the Incredible Years Program as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: Long-term follow-up. *Child: Care, Health and Development, 34*(3), 380-390. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00817.x
- Kaminski, J., Valle, A., Filene, J., & Boyle, C. (2008). A Meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 567-589. doi: 10.1007/s10802-007-9201-9
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental Health Services Research, 2*(1), 27-40.
- Kern, L., DuPaul, G. J., Volpe, R. J., Sokol, N. G., Lutz, J. G., Arbolino, L. A., ..., VanBrakle, J. D. (2007). Multi-setting assessment-based intervention for young children at risk for attention deficit hyperactivity disorder: Initial effects on academic and behavioral functioning. *School Psychology Review, 36*, 237-255. Retrieved from <http://www.nasponline.org/publications/spr/pdf/spr362kern.pdf>
- Lahey, B.B., Pelham, W.E., Loney, J., Kipp, H., Ehrhardt, A., Lee, S.,...Masseti, G. (2004). Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at a 4-6 years of age. *American Journal of Psychiatry, 161*(11): 2014-2020. doi: 10.1176/appi.ajp.161.11.2014
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Stein, M. A., Loney, J., Trapani, C., Nugent, K.,...Baumann, B. (1998). Validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder for young children. *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry, 37*(7), 695-702. doi:10.1097/00004583-199807000-00008

- Lakes, K., Kettler, R., Schmidt, J., Haynes, M., Feeney-Kettler, K., Kamptner, L.,...Tamm, L. (2009). The CUIDAR early intervention parent training program for preschoolers at risk for behavioral disorders: An innovative practice for reducing disparities in access to service. *Journal of Early Intervention, 31*(2), 167-178. doi: 10.1177/1053815109331861
- Lundahl, B., Risser, H., & Lovejoy, C. (2006). Meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review, 26*, 86-104. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.004
- Matos, M., & Bauermeister, J., & Bernal, G. (2009). Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Family Process, 48*(2), 232-252. doi:10.1111/j.1545-5300.2009.01279.x
- Merrell, K.W. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition*. TX: PRO-ED, Austin.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, 56*, 1073-1086. doi:10.1001/archpsyc.56.12.1073.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2008). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults* (NICE clinical guideline No 72). London: NICE. Retirado de www.nice.org.uk/CG72
- Pisterman, S., Firestone, P., McGrath, P., Goodman, J.T., Webster, I., Mallory, R., & Goffin, B. (1992). The role of parent training in treatment of preschoolers with ADDH. *American Journal of Orthopsychiatry, 62*, 397-408. doi: 10.1037/h0079356
- Posthumus, J., Raaijmakers, M., Maassen, G., Engeland, H., & Matthys, W. (2011). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(4), 487-500. doi: 10.1007/s10802-011-9580-9
- Reid, M.J., Webster-Stratton, C., & Baydar, N. (2004). Halting the development of conduct problems in head start children: The effects of parent training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 279-291. doi:10.1207/s15374424jccp3302_10
- Reyno, S., & McGrath, P. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(1), 99-111. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x
- Roskam, I., Stiévenart, M., Meunier, J., Van de Moortele, G., Kinoo, P., & Nassogne, M. (2010). Comment les parents, les enseignants et les cliniciens évaluent les troubles du comportement externalisé du jeune enfant? Étude de la variabilité des jugements évaluatifs et de son impact sur le développement de l'enfant. *Pratiques Psychologiques, 16*, 389-401. doi:10.1016/j.prps.2009.06.001
- Routh, D. (1978). Hyperactivity. In: Magrab P (ed) *Psychological management of paediatric problems*. MD: University Park Press, Baltimore, pp 3-8.
- Sayal, K., Daley, D., James, M., Yang, M., Batty, M., Taylor, J.,...Hollis, C. (2012). Protocol evaluating the effectiveness of a school-based group program for parents of children at risk of ADHD: The 'Parents, Teachers and Children WORKing Together (PATCHWORK)' cluster RCT protocol. *British Medical Journal Open, 2*: e001783. doi:10.1136/bmjopen-2012-001783
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T., & Leitão, S. (2012, Março). *Developing and researching the Incredible Years programs in Portugal*. Paper presented at the Center for Evidence

- Based Early Intervention Annual Conference 2012 “Supporting Parents, Children and Teachers: Research and practice”, Cardiff. Retrieved de <http://incredibleyears.com/programs/implementation/implementation-examples>
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T., Leitão, S., Pimentel, M., & Major, S. (2013). *Protocolo de avaliação no âmbito do Projeto “Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: Eficácia de programas parentais e escolares (PTDC/PSI-PED/102556/2008)” - Versão de Investigação*. [Protocol of measures for the evaluation of the “Early prevention/intervention in disruptive behavior disorders: Efficacy of parents and teachers programs’ Project—Research version]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra. Retrieved de <http://fpce.uc.pt/anosincriveis/protocolo.doc>
- Sonuga-Barke, E., Auerbach, J., Campbell, S. B., Daley, D., & Thompson, M. (2005). Varieties of preschool hyperactivity: Multiple pathways from risk to disorder. *Developmental Science*, 8(2), 141-150. doi: 10.1111/j.1467-7687.2005.00401
- Sonuga-Barke, E., Dalen, L., & Remington, B. (2003). Do executive deficits and delay aversion make independent contributions to preschool attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1335-1342.
- Sonuga-Barke, E., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention deficit/hyperactivity disorder: A randomized controlled trial with a community sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 402-408 doi: 10.1097/00004583-200104000-000
- Sonuga-Barke, E., Lamparelli, M., Stevenson, J., Thompson, M., & Henry, A. (1994). Pre-school behavior problems and intellectual attainment: The associations of hyperactivity and conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 949-960. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb02304.x
- Sonuga-Barke, E. J., Koerting, J., Smith, E., McCann, D.C., & Thompson, M. (2011). Early detection and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(4), 557-63. doi: 10.1586/ern.11.39
- Tandon, M., Si, X., & Luby, J. (2011). Preschool onset attention-deficit/hyperactivity disorder: Course and predictors of stability over 24 months. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 21(4), 321-330. doi:10.1089/cap.2010.0045
- Taylor, E., Schachar, R., Thorley, G., & Wiselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity I: Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 149, 760-767. doi: 10.1192/bjp.149.6.760
- Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Ayres, M., Le Poidevin, E., Mead, S.... Sonuga-Barke, E. (2009). A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programs for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 605-616. doi: 10.1007/s00787-009-0020-0
- Webster-Stratton, C. (2001). The parent and child series: A comprehensive course divided into four programs – Leaders’ guide. The Incredible Years, Seattle.
- Webster-Stratton, C., Gaspar, M., & Seabra-Santos, M. (2012). Incredible Years ® parent, teachers and children’s series: Transportability to Portugal of early intervention programs for preventing

conduct problems and promoting social and emotional competence. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 157-169. doi:10.5093/in2012a15

Webster-Stratton, C., Reid, J., & Beauchaine, T. P. (2011). Combining parent and child training for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(2), 191-203 doi: 10.1080/15374416.2011.546044

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T.P. (2013). One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(2), 251-261. doi: 10.1080/15374416.2012.7232

PARTE IV

Discussão Final

“Foi muito bom poder partilhar as minhas dificuldades e sentir que do outro lado não me estavam a julgar e a criticar, mas sim a ouvir e a tentar ajudar. Julgo que esse sentimento foi comum em todas as pessoas e talvez por isso fosse tão recompensador falar daquilo que muitas vezes optamos por calar ou tentar esquecer. A dificuldade em nos expormos deu rapidamente lugar à necessidade de partilhar. Partilhámos sucessos e insucessos. Ouvimos e ficámos felizes uns pelos outros.” (Mãe de uma menina de 5 anos e de um menino de 3 anos)

“O projeto Pais Incríveis como guia para a construção do puzzle irregular e colorido que é a educação da criança (sem espaço para o preto, branco e cinzento).” (Pai de 2 meninos, um com 7 e o outro com 5 anos)

Capítulo 7

7. Discussão Final: Principais Resultados, Conclusões e Implicações

No presente capítulo, os principais resultados alcançados serão sintetizados e discutidos de forma integrada, de maneira a refletirmos sobre o nosso objetivo central – *a avaliação da eficácia do programa de intervenção parental Anos Incríveis a curto e a médio prazo numa amostra de crianças portuguesas com comportamentos de PH/DA* –, em função das considerações teóricas expostas nos primeiros capítulos deste trabalho e dos resultados de estudos semelhantes na área. Tomando em consideração a opção de apresentação deste estudo sob a forma de artigos científicos publicados ou submetidos para publicação, não é nosso objetivo, nesta secção, discutir de forma exaustiva todos os resultados anteriormente apresentados nos três estudos empíricos realizados.

Na parte final deste capítulo, refletiremos acerca dos pontos fortes e contributos para a investigação científica deste trabalho, bem como das suas limitações, procurando, sempre que possível, indicar formas de as ultrapassar. Os desafios futuros que a investigação enfrenta serão também apontados. Por fim, dedicaremos algum espaço às implicações dos resultados alcançados para a prática clínica, área de especial interesse ao longo deste trabalho, que tem subjacentes preocupações eminentemente práticas.

7.1 Síntese dos Principais Resultados

De acordo com os objetivos gerais e específicos a que nos propusemos (cf. Quadro 7), foram realizados três estudos empíricos de carácter longitudinal, através de diferentes metodologias de recolha e análise de dados, que permitiram comparar os resultados de uma amostra de crianças em idade pré-escolar aleatoriamente distribuída por dois grupos, um de intervenção e o outro de controlo (lista de espera), ao longo do tempo (6 e 12 meses após a avaliação inicial). Desta forma, foi possível avaliar a eficácia do Programa *Anos Incríveis* Básico para pais, a curto e a médio prazo, numa amostra de crianças portuguesas em idade pré-escolar, com comportamentos de PH/DA, assim como, estudar os níveis de adesão e de satisfação dos cuidadores (as mães) que participaram no programa, relativamente ao mesmo.

De seguida, destacaremos de uma forma geral e sintética, os principais resultados alcançados ao longo desta investigação⁸:

⁸ Nos Estudos 1 e 2 os dados foram analisados e apresentados de acordo com duas abordagens, análise *per protocol* e ITT. No entanto, no Estudo 1 (eficácia a curto-prazo) os resultados foram reportados no texto de acordo com a análise *per protocol*, tomando em consideração que a perda amostral foi significativamente maior no grupo de controlo, o que faz com que esta abordagem seja, neste caso, mais conservadora. Com efeito, nesse estudo, as diferenças identificadas entre os grupos segundo a abordagem ITT, ainda que idênticas, são ligeiramente mais significativas (cf. Tabelas 2 e 3 do Estudo 1). No Estudo 2 (eficácia a médio-prazo, sem grupo de controlo), os dados foram reportados no texto de acordo com a abordagem ITT de forma a lidar com a perda amostral no grupo analisado ao longo do tempo (grupo experimental). Contudo em ambas as abordagens os resultados foram semelhantes (cf. Tabelas 2 e 3 do Estudo 2). Por essa razão, no Estudo 3, de carácter exploratório, os dados foram analisados e apresentados de acordo com a perspetiva *per protocol*.

- i. **Na linha de base** (avaliação pré-intervenção), relativamente às variáveis sociodemográficas e clínicas das crianças, **os dois grupos**, experimental (intervenção) e de controlo (lista de espera), **são equivalentes**.
 - a. Apesar da variabilidade na intensidade dos comportamentos de PH/DA manifestados pelas crianças da amostra, considerou-se que todas elas apresentavam risco de vir a desenvolver PH/DA, por exibirem **comportamentos característicos de hiperatividade** numa fase precoce do seu desenvolvimento: assim, 81% dos participantes revelaram comportamentos de hiperatividade acima do ponto de corte de risco clínico, na medida inicial de rastreio comportamental (SDQ; cf. Anexo K) e todas cotaram acima do ponto de corte de risco clínico na medida de triagem específica de hiperatividade (100% da amostra acima do percentil 80, e 62% acima do percentil 95); noutra escala de problemas de comportamento (PKBS-2; cf. Anexo L), 30% das crianças revelaram comportamentos de excesso de atividade/desatenção num nível moderado de risco clínico e 52% num nível elevado. Metade das crianças da amostra foram encaminhadas por serviços clínicos e cerca de três quartos (74%) manifestavam comportamentos de oposição e agressividade comórbidos, enquanto 61% apresentava comportamentos pró-sociais num nível inferior ao intervalo normativo (Major, 2011) e 71% já tinham sido identificadas por problemas de comportamento de tipo externalizante, na escola.
 - b. Relativamente às variáveis das **mães na linha de base**, os grupos (experimental e de controlo) são também idênticos, exceto em relação à variável competências de *coaching*, tendo sido observadas menores competências de *coaching* nas mães do grupo de controlo. No seu conjunto, as mães possuíam habilitações literárias elevadas (52% de licenciadas). Um quarto das mães (26%) manifestou sintomas depressivos leves e 18% sintomas de hiperatividade com relevância clínica e, em média, não foi identificado um número de acontecimentos de stresse significativo. Em comparação com dados portugueses preliminares de amostras não clínicas (ver Seabra-Santos et al., 2013), as mães do nosso estudo revelaram sentimentos e crenças de incompetência parental e práticas parentais disfuncionais ligeiramente acima da média, embora dentro do intervalo normativo.
- ii. Constatou-se que o **atrito ou a perda amostral** da avaliação pré para a pós-intervenção foi reduzido (87% dos participantes completaram o FU 6 meses; e 85% o FU 12 meses). A perda amostral aos 6 meses de FU foi mais elevada na lista de espera, do que no grupo experimental.

- iii. **Na avaliação pós-intervenção (6 meses de *follow-up*)**, de acordo com a percepção das mães, verificou-se uma diminuição significativa dos comportamentos de PH/DA nas crianças que receberam intervenção, em comparação com as crianças da lista de espera. Paralelamente, as crianças pré-escolares alvo da intervenção parental manifestaram diferenças marginalmente significativas, mas em sentido positivo, nas competências sociais, comparativamente às da lista de espera. As mães do grupo de intervenção revelaram maior sentido de competência parental, sobretudo mais sentimentos de eficácia (diferença marginalmente significativa), comparativamente às mães do grupo de controlo. Em relação às práticas parentais, de acordo com os autorrelatos das mães, verificou-se uma melhoria significativa das mesmas (menos práticas disfuncionais em geral, especialmente de sobrerreatividade e verbosidade) e observou-se, durante uma tarefa de interação mãe-filho, um aumento significativo da utilização de competências parentais positivas e de *coaching* nas mães que receberam o programa, em comparação com as que não receberam. Contudo, após a intervenção, não se observaram diferenças significativas entre os grupos quanto ao número de críticas e ordens dadas pelas mães, e aos 'comportamentos desviantes' das crianças.
- iv. **Aos 12 meses de *follow-up***, verificou-se a manutenção dos efeitos da intervenção anteriormente detetados nas variáveis da criança e das mães. Duas exceções foram encontradas: os efeitos da intervenção nas competências de *coaching* das mães perderam-se; por outro lado, os comportamentos de hiperatividade das crianças continuaram a diminuir entre o T2 e o T3, de acordo com a entrevista semiestruturada respondida pelas mães.
- v. **Em contexto escolar, de acordo com a percepção dos educadores**, depois da intervenção, houve uma diminuição estatisticamente significativa nos comportamentos de excesso de atividade/desatenção das crianças e um decréscimo mais discreto (marginalmente significativo) dos comportamentos de oposição comparativamente ao grupo de controlo. Estes efeitos da intervenção foram mantidos ao longo do tempo, estando presentes na avaliação realizada aos 12 meses de *follow-up*. Pelo contrário, não foram percecionados efeitos de intervenção, nas competências pró-sociais das crianças.
- vi. No **subgrupo de crianças com um nível mais elevado de comportamentos de PH/DA na linha de base** verificou-se mais mudança (em sentido positivo), quanto a problemas relacionados com o excesso de atividade/desatenção das crianças, a práticas parentais disfuncionais de sobrerreatividade e ao humor das mães, em comparação com o subgrupo de crianças com um nível mais baixo de comportamentos de PH/DA.
- vii. Constatou-se que 43% das crianças que receberam intervenção com o programa AI manifestaram uma redução igual ou superior a 30% do comportamentos de PH/DA. **Aos**

12 meses após a linha de base, esta redução (considerada clinicamente relevante) manteve-se, com 59% das crianças a revelarem uma redução igual ou superior a 30% em relação ao resultado obtido na linha de base.

viii. Verificou-se uma **elevada taxa de adesão das mães ao programa AI** (88% das participantes estiveram presentes em 9 ou mais sessões). Apenas 8% das participantes desistiram da intervenção. De uma forma geral, as mães que frequentaram as sessões de grupo estavam **satisfeitas com os diferentes componentes (metodologias e estratégias** = classificação média de 6.53 [$DP = 0.29$], numa escala cujas pontuações variam entre 1 e 7) e com os **conteúdos do programa** (classificação média de 3.83 [$DP = 0.19$], numa escala cujas pontuações variam entre 1 e 4) e consideraram o programa como uma ferramenta apropriada para a mudança. Oitenta e nove por cento das mães consideraram que os seus filhos melhoraram. No final do programa, a maioria das mães sentiu-se mais confiante para lidar com problemas atuais e futuros; 51% considera que o principal benefício do programa foi a aprendizagem para ser uma melhor educadora; e 73% refere não necessitar de outro tipo de suporte parental. Todas as principais cuidadoras recomendariam o programa a um amigo ou familiar (cf. Anexo M).

a. Verificou-se **elevada satisfação com o programa em ambos os subgrupos de crianças com diferentes níveis de comportamentos de hiperatividade na linha de base**. No entanto, as mães do grupo mais severo avaliaram como mais úteis os métodos do programa, em geral, e os *role-plays* e os telefonemas do facilitador, em particular. As estratégias trabalhadas ao longo do programa foram avaliadas por estas mães como mais fáceis, nomeadamente o tempo de pausa. Por último, apesar de as crianças do grupo mais severo na linha de base continuarem a sê-lo no FU 12 meses, encontrou-se uma diferença significativa na perceção subjetiva de melhoria dos comportamentos das crianças: assim, 93% das mães do grupo com nível mais elevado de hiperatividade referiram que estavam satisfeitas com as melhorias dos filhos, em comparação com 80% das mães do grupo com nível mais baixo de hiperatividade.

7.2 Discussão Integrada dos Principais Resultados

7.2.1 A Amostra: Pré-escolares em Risco de PH/DA

A **amostra de conveniência** deste estudo é constituída por participantes provenientes de dois contextos distintos: da **clínica** (crianças sinalizadas por técnicos de saúde) e da **comunidade**. Embora inicialmente tivéssemos planeado estudar uma amostra exclusivamente

proveniente da clínica, não foi possível dar seguimento a este objetivo, pelas dificuldades encontradas em recrutar a amostra. O facto de os serviços se encontrarem sobrecarregados de tarefas e de o projeto funcionar na Universidade podem ter constituído obstáculos a esta articulação e à deslocação das famílias. Conscientes das diferenças entre as famílias recrutadas em função do contexto comunitário ou clínico e tomando em consideração que os critérios de inclusão definidos para este estudo se baseavam num pressuposto de risco para a PH/DA (numa abordagem dimensional e não categorial da PH/DA), que incluía os 20% mais cotados num questionário de triagem da PH/DA, era esperada **elevada variabilidade na intensidade dos comportamentos característicos de PH/DA**, o que se confirmou. Para compreender o eventual impacto destes diferentes modos de recrutamento na composição dos grupos provenientes de diferentes contextos, estes foram comparados na linha de base, em relação aos critérios de inclusão de risco para a PH/DA: SDQ-HYP e WWPAS. Não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos nestas duas variáveis (cf. Anexo N). Este dado, significativo para o nosso estudo, minimiza a questão das diferenças entre amostras provenientes de diferentes contextos no que concerne aos critérios de inclusão de risco de PH/DA deste estudo. No entanto, foram encontradas outras diferenças entre os participantes oriundos de diferentes contextos, em variáveis sociodemográficas e clínicas: observaram-se mais 'comportamentos desviantes' no DPICS nas crianças do subgrupo clínico e as mães revelaram nível mais elevado de críticas e ordens no mesmo instrumento; as crianças clínicas são provenientes de meios mais desfavorecidos e as mães têm menos escolaridade. Estas diferenças, cujo impacto nos estudos desconhecemos, são sugestivas da importância de replicar a investigação usando amostras mais homogêneas, para clarificação dos resultados encontrados (como mais à frente, na secção 7.5, será explanado).

A amostra de pré-escolares com comportamentos de PH/DA, ou seja, de crianças em risco de vir a desenvolver PH/DA (Charach, et al., 2011) foi descrita anteriormente nos estudos empíricos apresentados. Em comparação com outros estudos de eficácia do programa AI em pré-escolares com sintomas de PH/DA, apesar das diferenças entre os instrumentos utilizados, podemos tecer algumas considerações relativas às características dos participantes (mães e crianças) na linha de base: i. Os valores de intensidade e interferência dos comportamentos de PH/DA das crianças da nossa amostra são inferiores aos valores relatados noutros estudos (e.g., Webster-Stratton, Reid, & Beauchaine, 2011: os valores da escala de problemas de atenção no CBCL encontram-se acima do percentil 95; Jones, Daley, Hutchings, Bywater, & Eames, 2007: os valores médios da escala de hiperatividade do SDQ correspondem a 8.29, numa escala de 0 a 10 pontos); ii. Três quartos das crianças deste estudo têm problemas de oposição associados, o que reflete a tendência normal de comorbilidade nesta faixa etária (Campbell, & Gilliom, 2000; Lavigne et al., 1996) e é congruente com os resultados de outros estudos (e.g., Webster-Stratton

et al., 2011: cerca de 50%; Jones et al., 2007 e Hartman, Stage, & Webster-Stratton, 2003: todos os participantes apresentavam comorbilidade com problemas de comportamento); iii. Contudo, os valores médios da escala de 'comportamentos desviantes' do DPICS revelaram níveis de frequência inferiores a outros estudos (e.g., Jones et al., 2007; Hartman et al., 2003); iv. A percentagem elevada de rapazes neste estudo também é consistente com a verificada noutros estudos (e.g., Webster-Stratton et al., 2011: 73%; Jones et al., 2007: 68%); iv. A idade média das mães é próxima dos estudos de Webster-Stratton et al. (2011) e de Hartman et al. 2003, mas distancia-se da amostra de Jones et al. 2007 (uma amostra caracterizada por um número elevado de fatores de risco – e.g., famílias monoparentais, mães jovens de meio rural e de um nível socioeconómico baixo).

Por último, ao compararmos algumas características da nossa amostra com as da população da zona centro (na qual reside 81% da amostra estudada), com o objetivo de refletirmos acerca da representatividade da mesma, concluímos que, na amostra do estudo: a proporção de mães que completou o ensino superior é mais elevada do que a taxa correspondente à população feminina da zona centro entre os 30 e os 34 anos de idade; a percentagem de famílias casadas é mais elevada; e a proporção de famílias monoparentais é inferior à percentagem encontrada nesta zona do país (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012).

7.2.2 Eficácia da Intervenção a Curto e a Médio-Prazo

Impacto nos comportamentos da criança

Comportamentos de PH/DA

No estudo de avaliação da eficácia do Programa AI-Básico numa subamostra aleatorizada de crianças portuguesas (cf. Estudo 1), especificamente selecionada de acordo com os critérios de PH/DA definidos para este estudo (cf. Capítulo 3), esperávamos que a mudança nos comportamentos de PH/DA fosse significativa e superior após a intervenção, comparativamente à lista de espera (cf. Estudo 1) e que essa mudança fosse estável ao longo do tempo (cf. Estudo 2). Ambas as hipóteses foram confirmadas, tendo os resultados da nossa investigação apontado para **um decréscimo significativo nos comportamentos de PH/DA das crianças** (medidos através de diferentes questionários de heterorresposta [WWPAS, PKBS-2]), cujas mães frequentaram a intervenção parental, **em ambos os contextos, familiar e escolar**, e efeitos de magnitude média a elevada a curto e a médio-prazo (do pré para o pós e para o *follow-up* 12 meses) (cf. Estudo 1 e 2; e Anexos O e P). Estes resultados são congruentes com os de outros estudos que usaram o mesmo programa de intervenção com diferentes

dosagens (e.g., Jones et al., 2007; Webster-Stratton et al., 2011), ou outros programas parentais (e.g., Herbert, Harvey, Roberts, Wichowski, & Lugo-Vandelas, 2013; Matos, Bauermeister, & Bernal, 2009; Sonuga-Barke, Daley, Thompson, Laver-Bradbury, & Weeks, 2001; Thompson et al., 2009), e instrumentos de avaliação equivalentes, estudos esses que encontraram efeitos de intervenção nos sintomas de PH/DA de magnitude semelhante ou ligeiramente superior ao nosso estudo.

Contrariamente ao esperado, a curto-prazo não foram detetados efeitos significativos da intervenção nos comportamentos de PH/DA, quando avaliados através de uma entrevista semiestruturada (PACS). Várias hipóteses explicativas foram colocadas no Estudo 1 para este resultado (e.g., a presença de *sleep effects*; o intervalo temporal contemplado nas instruções da PACS, que remete para um período em que ainda não eram expectáveis mudanças comportamentais; a inflação dos comportamentos negativos da criança, pelo facto de os pais estarem mais “aptos” a identificar esses comportamentos, após a intervenção). Contudo, a médio-prazo os resultados na PACS evidenciam um decréscimo significativo dos comportamentos de hiperactividade, do *follow-up* 6 meses para o *follow-up* 12 meses (cf. Anexo P). Para interpretar este resultado, recorreremos ao conceito de *sleep effects* (“efeitos adormecidos”) (De Los Reyes & Kazdin, 2006), isto é, os efeitos que não se manifestam imediatamente após a intervenção, mas a médio e a longo-prazo. Assim, neste estudo, aplicou-se uma intervenção a pais e não diretamente à criança, esperando-se que a mudança consistente nas práticas parentais tenha um efeito positivo na mudança dos comportamentos dos filhos (Kern et al., 2007), o que pode demorar algum tempo até se tornar notório (Raaijmakers, 2008; Sanders, Bor, & Norawska, 2007).

Outros Comportamentos

No que concerne à exploração dos efeitos da intervenção noutras áreas de funcionamento da criança, os resultados da nossa investigação são consistentes entre diferentes medidas (heterorrelato das mães e observação direta por avaliador independente) e sugestivos de um **incremento marginalmente significativo dos comportamentos pró-sociais das crianças alvo da intervenção** em contexto familiar, a curto e a médio-prazo, enquanto que no caso das crianças sem intervenção, na lista de espera, se observa um decréscimo das competências pró-sociais. Este resultado promissor coloca em evidência uma das potencialidades do programa AI especialmente importante para as crianças em risco de PH/DA, que normalmente manifestam diminutas aptidões sociais (DuPaul, McGoey, Eckert, & VanBrakle, 2001). O melhoramento desta área de funcionamento pode representar um fator protetor e facilitador de relações positivas com os pares e outros adultos, no futuro (Beauchaine, Hinshaw, & Pang, 2010). Este resultado segue a tendência de outros estudos que

utilizaram o programa AI em crianças com sintomas de PH/DA (e.g., Webster-Stratton et al., 2011). No entanto, ao contrário do que acontece no estudo de Webster-Stratton e colaboradores (2011), o aumento das competências pró-sociais não é generalizado ao contexto escolar. Com efeito, a generalização dos resultados da intervenção do contexto-alvo para outros tem sido mais difícil de demonstrar (Rajwan, Chacko, & Moeller, 2012). Para além disso, Webster-Stratton e colaboradores (2011) aplicaram, concomitantemente ao programa para pais, também o programa 'Dinossauro', em grupo às crianças, o que poderá ter contribuído para a melhoria das suas competências pró-sociais em contexto escolar. Algumas hipóteses foram colocadas ao longo do Estudo 1, nomeadamente, as diferenças de perceção entre avaliadores (questão do acordo entre pais e educadores; Roskam et al., 2010; Seabra-Santos & Gaspar, 2012) e o facto de os educadores, na linha de base, cotarem as competências pró-sociais dentro do intervalo normativo, o que diminui a possibilidade de melhoramento nesta área (cf. Estudo 1).

Os efeitos da intervenção em medidas de resultados secundários, como os **problemas de comportamento do tipo opositivo, foram menos salientes**. Assim, a curto-prazo (no *follow-up* 6 meses), apenas é identificada uma diminuição marginalmente significativa nos comportamentos de oposição reportados pelas mães, em sentido favorável para as crianças do grupo de intervenção, quando a abordagem ITT é considerada. Este dado é difícil de interpretar, não sendo congruente com outros estudos (e.g., Bor, Sanders, & Markie-Dadds, 2002; Matos et al., 2009; Webster-Stratton et al., 2011). Porém, ao analisarmos a mudança nos comportamentos de oposição ao longo dos 3 tempos (cf. Estudo 2), de acordo com a perceção das mães, existe um decréscimo significativo dos comportamentos de oposição no grupo de intervenção, ao longo das diferentes avaliações. Estudos com *follow-ups* mais longos poderão esclarecer e contribuir para uma melhor interpretação deste resultado, uma vez que o programa AI tem mostrado evidências de resultados positivos na redução de problemas de oposição e conduta (e.g., Furlong et al., 2012; Gardner, Burton, & Klimes, 2006; Hutchings et al., 2007; Larsson et al., 2008; Posthumus, Raaijmakers, Maassen, Engeland, & Matthys, 2011; Webster-Stratton & Reid, 2010).

Em contexto escolar, de acordo com a perceção dos educadores, os resultados mostraram a mesma tendência, uma diminuição marginalmente significativa dos problemas de oposição a curto-prazo e a manutenção do efeito a médio-prazo. Estes resultados são encorajadores, na medida em que se verifica um **funcionamento mais adaptativo das crianças da nossa amostra em contexto escolar**, mesmo sem ter sido aplicado o programa AI para educadores. Contrariamente, no estudo já referido de Webster-Stratton e colaboradores (2011), com uma amostra de crianças em idade pré-escolar com o diagnóstico de PH/DA, não foram encontrados efeitos da intervenção nos sintomas de hiperatividade em contexto escolar,

o que levou a autora a sugerir a utilização de uma intervenção multimodal que, para além da família e da criança, contemple o contexto escolar. Os resultados da nossa investigação parecem apontar para uma das vantagens de intervir precocemente em populações em risco de vir a desenvolver uma perturbação futura: reduzir a interferência dos problemas nos vários contextos de funcionamento da criança (Webster-Stratton, 2011).

Por último, os nossos **resultados não mostram diferenças significativas entre os grupos quanto à mudança nos ‘comportamentos desviantes’ observados nas crianças durante a interação com as mães**, com recurso ao DPICS. Herbert e colaboradores (2013), num estudo recente com um programa para pais aplicado a uma amostra de crianças de idade pré-escolar com PH/DA, também não encontram efeitos do tratamento na mesma variável avaliada por uma medida de observação equivalente à nossa. Usando o DPICS, Webster-Stratton et al. (2011) alcançam resultados não consistentes entre si, tendo identificado apenas um efeito significativo da intervenção nos ‘comportamentos desviantes’ da criança durante os 5 minutos da tarefa de observação em que os pais pedem aos filhos para arrumarem os brinquedos. Por outro lado, a forma diferenciada como codificámos esta tarefa não nos permite fazer comparações diretas. Diferentes hipóteses explicativas foram apontadas por nós, ao longo do Estudo 1, em relação à não observação de diferenças significativas entre os grupos quanto à diminuição de ‘comportamentos desviantes’, na tarefa de observação (dado que ocorreu uma redução deste tipo de comportamentos em ambos os grupos): o tamanho diminuto da amostra nesta tarefa de observação, que pode ter reduzido o poder estatístico para identificar pequenos efeitos; o facto de a tarefa ter sido gravada e realizada num contexto laboratorial, e não naturalista, como o contexto familiar; a não existência de estudos psicométricos e de normas em amostras portuguesas para interpretação dos resultados (cf. Estudo 1). Acresce, ainda, que comparativamente a outros estudos, como o de Hartman et al. (2003), e o de Hutchings et al. (2007), de onde foi extraída a amostra de crianças com sintomas de PH/DA posteriormente estudada por Jones e colaboradores (2007, 2008), os nossos valores do DPICS na linha de base são comparativamente inferiores aos valores nesses estudos (traduzindo comportamento menos desviante), o que pode representar menor potencial para a mudança (Raaijmakers, 2008).

Finalmente, foram identificadas algumas **melhorias no grupo de controlo ou lista de espera, da avaliação pré para a pós-intervenção** (WWPAS, PACS, PKBS-O/A mãe, DPICS-CD), que podem ser explicadas por diferentes fatores. Por um lado, o facto de as mães estarem à espera de intervenção há cerca de 6 meses pode ter conduzido a uma relativização (e desdramatização) dos comportamentos dos filhos em consequência da expectativa de suporte (Hautmann, Hanisch, Mayer, Plück, & Döpfner, 2008), ou do facto de terem de lidar no dia-a-dia

com esses comportamentos difíceis. Esta última hipótese parece consonante com a perda amostral neste grupo aos 6 meses de *follow-up*, assim como com a menor disponibilidade dos pais para frequentarem a intervenção parental que lhes foi oferecida. Por outro lado, estas mães podem ter procurado outro tipo de ajuda durante o tempo de espera (ainda que a mesma não tenha sido reportada aos avaliadores); podem ter-se sentido mais predispostas para modificar as suas práticas parentais após contacto com o projeto e, conseqüentemente com o programa, através do *blog* do projeto, do site oficial dos AI ou, mesmo, da leitura do livro dos AI (Posthumus et al., 2011), disponível em português. Para esta melhoria, podem ainda ter contribuído fatores desenvolvimentais relacionados com o processo normal de maturação típico da fase de desenvolvimento destas crianças (Raaijmakers, 2008).

Impacto nos comportamentos das mães

Sentido de competência parental

Nos estudos de eficácia realizados (Estudo 1 e Estudo 2), esperávamos também que a mudança nos comportamentos das mães fosse significativa e superior após a intervenção, comparativamente à lista de espera, e que essa mudança se mantivesse ao longo do tempo.

Especificamente, em relação ao sentido de competência parental, com base noutros estudos (e.g., Bor et al., 2002; Cunningham & Boyle, 2002; Sonuga-Barke et al., 2001) prevíamos que imediatamente após a intervenção e a médio-prazo as mães manifestassem um aumento significativo da sua perceção de competência parental, no que respeita aos seus sentimentos de satisfação e eficácia com a parentalidade. As hipóteses (relativas à satisfação e eficácia parental) foram parcialmente confirmadas. Assim, detetaram-se efeitos de magnitude pequena a elevada, a curto e a médio-prazo, respetivamente. De facto, de uma forma geral, foi possível apurar, a **curto e a médio-prazo, um incremento significativo na autoestima e autoconfiança das mães que receberam intervenção parental e um aumento marginalmente significativo na sua perceção de eficácia**, comparativamente às mães da lista de espera. Contudo, não se confirmou o efeito de interação na subescala satisfação com a parentalidade, embora se verifique uma diferença significativa na avaliação pós-intervenção, entre os resultados do grupo experimental e da lista de espera, que favorece as mães intervencionadas. Por razões metodológicas, esta subescala não foi analisada a médio-prazo, pelo que não sabemos se a satisfação melhora à medida que as mudanças nas práticas parentais e nos comportamentos das crianças se tornam mais consistentes. Os nossos dados sugerem que o programa AI atua essencialmente na perceção de eficácia dos pais que, dispondo de mais estratégias e suporte para lidar com os comportamentos dos filhos, se podem sentir mais confiantes e dotados de “ferramentas” para lidar com comportamentos difíceis. Este dado é congruente com outros

estudos (e.g., Bor et al., 2002; Sonuga-Barke et al., 2001) e corroborado pela avaliação subjetiva que as mães fazem no questionário de satisfação final com o programa, onde a maioria (89%) se percebe como “confiante” ou “muito confiante” para lidar com problemas de comportamento no momento presente ou no futuro.

Práticas Parentais

No que concerne às práticas parentais disfuncionais, com base na literatura (e.g., Bor et al., 2002; Herbert et al., 2013; Hutchings et al., 2007), esperávamos uma redução significativa das práticas parentais de sobre-reatividade, laxismo e verbosidade, após a intervenção, comparativamente à lista de espera e a manutenção dos efeitos da intervenção nas práticas parentais das mães, a médio-prazo. Ambas as hipóteses foram confirmadas e os efeitos encontrados foram de magnitude elevada. Os resultados do presente estudo evidenciam que, após a intervenção, as mães relatam um **decréscimo da utilização de práticas parentais disfuncionais (PS)**, verificando-se um efeito de interação significativo nas práticas de sobre-reatividade e verbosidade. **Ao longo do tempo, as mães mantêm uma menor utilização dessas práticas**, inclusive de estratégias caracterizadas por laxismo, o que pensamos que possa contribuir para a manutenção dos efeitos da intervenção a médio-prazo (cf. Anexo P).

Ainda em relação às práticas parentais, de um modo simétrico ao que descrevemos acima, esperávamos um aumento significativo das **práticas parentais positivas e das competências de *coaching*** observadas numa tarefa de interação mãe-filho (DPICS) a curto e a médio-prazo. Relativamente às práticas parentais positivas, as nossas hipóteses confirmaram-se e os efeitos encontrados foram de magnitude elevada (cf. Anexos O e P). As mães do grupo de intervenção, contrariamente às da lista de espera (que mudaram em sentido negativo), aumentaram significativamente a utilização de estratégias positivas na interação com os filhos e mantiveram esse padrão ao longo do tempo. Porém, em relação às práticas parentais de *coaching* as nossas hipóteses confirmaram-se apenas parcialmente. Assim, a curto-prazo verificou-se um efeito de interação significativo: as mães do grupo de intervenção usaram mais competências de *coaching*, na interação com os filhos e as mães da lista de espera menos, de acordo com o esperado. Contudo, este efeito esbateu-se a médio-prazo. Contrariamente às nossas previsões, os dados do estudo revelam um decréscimo das estratégias de *coaching* observadas durante a tarefa de interação do *follow-up* 6 meses para o *follow-up* 12 meses. Tomando em consideração a relevância destas competências para o modelamento e treino de autorregulação das crianças em risco de PH/DA (Herbert et al., 2013), algumas hipóteses explicativas foram formuladas para este resultado (cf. Estudo 2) e serão discutidas mais à frente, na secção das implicações clínicas.

Finalmente, esperávamos, ainda, uma redução significativa dos **comportamentos de parentalidade negativa** (críticas e ordens negativas) **das mães**, observados ao longo de uma tarefa de interação mãe-filho. Esta hipótese não foi confirmada e, apesar de se terem observado significativamente menos ordens e críticas durante a tarefa de observação direta no grupo experimental, o efeito de interação não foi significativo. Anteriormente, abordámos algumas limitações inerentes ao DPICS, que podem ter contribuído para este resultado. Por outro lado, a reduzida concordância entre medidas subjetivas (questionários) e objetivas (observação direta) é comumente relatada na literatura (Gardner, 2000). Para além disso, este dado parece realçar a diferença entre a “teoria” e a “prática”, diversas vezes mencionada pelos pais nos grupos, quando se referem ao facto de já saberem o que devem fazer, mas na prática, e ao *vivo* com os filhos, as coisas serem mais difíceis de concretizar. Este dado é também corroborado por outro estudo, conduzido por nós (cf. Estudo 3), no qual se destaca que as mães de crianças com mais comportamentos de PH/DA na linha de base são aquelas que avaliam os *role-plays* como mais úteis, enfatizando, desta forma, a importância de se praticar no grupo as novas estratégias parentais, sobretudo quando se tem de lidar, fora do grupo, com crianças com comportamentos mais difíceis.

Os resultados do nosso estudo, relativamente aos comportamentos parentais, parecem consistentes com a filosofia positiva dos *Anos Incríveis* e com as investigações que sugerem serem as mudanças nas práticas parentais, nomeadamente nas práticas parentais positivas, os principais mecanismos ativos de mediação da mudança nos comportamentos da criança (Gardner et al., 2006; Healey, Flory, Miller, & Halperin, 2011; Jones, 2008). Considerando que a parentalidade é um dos fatores proximais com maior influência no desenvolvimento da criança e que as crianças em risco de PH/DA são mais suscetíveis à influência da parentalidade negativa e podem desencadear dinâmicas e interações coercivas com os pais, que mantêm e potenciam os problemas de comportamento, o investimento neste tipo de intervenção parental e na promoção de uma parentalidade positiva pode atenuar, interromper ou funcionar como fator protetor para uma das múltiplas trajetórias de risco da PH/DA (Sonuga-Barke, Koerting, Smith, McCann, & Thompson, 2011).

De uma forma geral, **os resultados da nossa investigação são sugestivos de efeitos positivos a curto e médio prazo no funcionamento global das crianças** em idade pré-escolar, nomeadamente na **redução de comportamentos caraterísticos de PH/DA**, em contexto familiar e escolar, e de uma **melhoria significativa das práticas parentais positivas e dos sentimentos de competência parental**, em simultâneo com uma **redução de práticas disciplinares disfuncionais**. Por conseguinte, estes resultados sugerem, de forma preliminar,

que o Programa Básico para pais AI, implementado ao longo de 14 semanas como modalidade única de uma intervenção preventiva, parece ser eficaz e fazer a diferença nos comportamentos de mães e de crianças pré-escolares com comportamentos característicos de hiperatividade.

7.2.2 Resultados da Intervenção de acordo com o Nível Inicial de Dificuldades

Ao longo da investigação, para além de estarmos interessados em perceber se os efeitos desta (a eficácia) se mantinham ao longo do tempo, interessou-nos também compreender, face à variabilidade da intensidade dos comportamentos de PH/DA apresentados pelas crianças da nossa amostra na linha de base, se o programa era igualmente eficaz em crianças com diferentes níveis de severidade dos comportamentos de hiperatividade. O Estudo 3 acrescentou informação importante ao nosso estudo de eficácia, clarificando as diferenças na mudança em função de diferentes níveis de severidade dos comportamentos de PH/DA na linha de base. Assim, **os nossos resultados são sugestivos de mudança em ambos os subgrupos com níveis diferentes de comportamentos iniciais de PH/DA.** No entanto, de forma congruente com outros estudos (e.g., Beauchaine et al., 2005; Jones, 2008), o subgrupo de crianças com um **nível mais elevado de comportamentos de PH/DA parece evidenciar uma melhoria mais significativa em algumas variáveis**, relacionadas com os comportamentos de excesso de atividade/desatenção, com as práticas parentais disfuncionais de sobrerreatividade (cf. Anexo Q) e com o humor das mães. Na literatura, a redução de práticas parentais disfuncionais (Beauchaine et al., 2005; Gardner et al., 2010; Posthumus et al., 2011) e a melhoria do humor (e.g., Hutchings et al., 2012) estão associados a melhorias nas crianças, na sequência de intervenções parentais. Esta melhoria diferenciada, observada em grupos com níveis diferentes de gravidade de sintomas na linha de base vai ao encontro da meta-análise dos programas AI para pais, elaborada por Menting e colaboradores (2013), que identifica a severidade inicial dos problemas como o preditor mais forte dos efeitos dos AI, sendo que efeitos de magnitude mais elevada foram encontrados em estudos que incluem casos mais severos.

Os resultados da presente investigação evidenciam que uma percentagem elevada de crianças do subgrupo com mais comportamentos de PH/DA na linha de base, continuam a ser percecionadas pelas mães com um nível elevado de comportamentos característicos de PH/DA no *follow-up* 12 meses. Este dado sugere algumas implicações para a clínica e para a investigação, que serão abordadas mais à frente (secção 7.5).

7.2.3 Significado Clínico da Mudança

Na interpretação dos resultados dos estudos realizados, para além de demonstrarmos o significado estatístico das diferenças entre os distintos momentos avaliativos, procurámos incluir uma análise sobre o significado clínico da mudança nos resultados primários, isto é, nos comportamentos de hiperatividade. De acordo com Kazdin (2008), entendemos como *significado clínico da mudança* o efeito prático da intervenção na vida da pessoa, ou seja, nas diferentes áreas do seu funcionamento. A avaliação do significado clínico não é uma tarefa fácil e livre de discordâncias entre autores (ver Atkins, Bedics, McGlinchey, & Beauchaine, 2005 para uma revisão), podendo ser operacionalizada de várias formas (e.g., comparação com dados normativos da população ou com pontos de corte de instrumentos, ausência de diagnóstico, impacto social da mudança) e analisada através de diferentes metodologias (e.g., o *Reliable Change Index* de Jacobson e Truax). Tomando em consideração as características da nossa amostra (crianças não diagnosticadas) e as fragilidades de alguns instrumentos, e apoiando-nos noutros estudos semelhantes (Axberg, Hansson, & Broberg, 2007; Webster-Stratton, Hollinsworth, & Kolpacoff, 1989), optámos por avaliar o significado clínico da mudança de acordo com dois critérios, usando a variável comportamentos de PH/DA da criança em relação a dois contextos do seu funcionamento (família e escola).

O primeiro critério selecionado para avaliar o significado clínico da mudança consistiu na identificação das crianças que, após a intervenção, apresentaram uma redução igual ou superior a 30% nos resultados relativos à intensidade dos comportamentos de PH/DA no WWPAS relatados pelas mães na linha de base (redução considerada clinicamente relevante). Este método foi utilizado anteriormente para avaliar o impacto clínico do programa AI, nas diferentes medidas usadas no estudo de Axberg e colaboradores (2007), e noutros estudos com os AI como forma de avaliar a mudança clínica no DPICS, em consequência da intervenção (e.g., Eyberg et al., 2001; Fossum, Mørch, Handegard, Drugli, & Larsson, 2008; Reid, Webster-Stratton, & Baydar, 2004; Webster-Stratton et al., 1989). Apesar de este método não ser utilizado frequentemente, pareceu-nos útil e mais preciso, tomando em consideração que: os pontos de corte do WWPAS não foram ainda sistematicamente estudados para a nossa população; a nossa amostra tem uma dimensão pequena e é heterógena (os valores do WWPAS variam entre 21 e 49); se usássemos apenas os pontos de corte como medida, não captaríamos a quantidade de mudança ocorrida. Para além disso, apesar da mudança estatisticamente significativa nos comportamentos de PH/DA medidos através do WWPAS, entre a linha de base e o *follow-up* 12 meses, 57% das crianças no *follow-up* 12 meses (comparativamente a 100% na linha de base) continuavam a apresentar valores iguais ou superiores ao ponto de corte definido como de risco clínico (21, percentil 80) para este estudo. O que significa que existiu uma

redução significativa dos valores médios de PH/DA do pré para o FU 12 meses (média na linha de base = 32.52; média no FU 12 meses = 23.32; média da mudança no WWPAS = 9.55) e que as crianças revelavam menor intensidade dos comportamentos de PH/DA, ainda que algumas continuassem a ser percebidas pelas mães como tendo comportamentos de PH/DA acima do ponto de corte. Com base noutros estudos (e.g., Bor et al., 2002; Jones et al., 2007; Matos et al., 2009; Sonuga-Barke et al., 2001), esperávamos uma *redução clinicamente relevante* em mais de 50% dos casos. **O follow-up 6 meses ficou aquém deste nível de mudança (42%), mas a hipótese foi confirmada no follow-up 12 meses (59%).** Ainda que utilizássemos outros métodos para avaliar o significado clínico, a mudança nas variáveis de PH/DA das nossas crianças assume níveis de relevância clínica congruentes com outros estudos (Jones et al., 2008 – 47% no FU 12 meses; Sonuga-Barke et al., 2001 – 53% após a intervenção; Webster-Stratton, Reid, & Beauchaine, 2013 – 57% no FU 12 meses). Assim, os dados evidenciam que **uma percentagem elevada de participantes do estudo mudou**, dado este que consideramos clinicamente relevante; e que o impacto dos comportamentos de PH/DA na vida da criança se tornou menor para uma percentagem maior de crianças, do *follow-up* 6 meses (42%) para o *follow-up* 12 meses (59%). Este dado parece sugerir que os efeitos das intervenções parentais nos comportamentos das crianças podem, como já referimos anteriormente, demorar algum tempo até se tornarem notórias (Raaijmakers, 2008, Sanders et al., 2007).

O outro critério selecionado para avaliar o significado clínico da mudança foi a passagem das crianças de um nível moderado/elevado de risco clínico de PH/DA, para um nível normativo, de acordo com os resultados das PKBS-2 na subescala de Excesso de Atividade/Desatenção (Major, 2011), relativamente ao contexto familiar e escolar. Esperávamos um aumento significativo da percentagem de crianças com comportamentos dentro do intervalo normativo. Os nossos dados sugerem que esta hipótese também foi confirmada e que **mais crianças no follow-up 12 meses** (42% e 55%, respetivamente em casa e na escola) *comparativamente à linha de base* (15% e 29%, respetivamente em casa e na escola), **se encontravam em níveis sem risco**, o que parece traduzir-se num impacto positivo do programa no funcionamento da criança, em diferentes contextos, relativamente à interferência dos comportamentos de PH/DA. Outros estudos, que avaliaram a eficácia dos AI na PH/DA, utilizaram também como critério de mudança clinicamente significativa, a apresentação de valores abaixo dos pontos de corte definidos para os instrumentos utilizados (e.g., Jones et al., 2008; Webster-Stratton et al., 2013). Contudo, a utilização de instrumentos diferentes dificulta possíveis comparações. No estudo de Webster-Stratton et al. (2013), é usado um instrumento de banda-larga (o CBCL) equivalente às PKBS-2, e na escala de problemas de atenção preenchida pelas mães 55% das crianças no FU12 meses apresentava valores de interferência dos sintomas de PH/DA inferiores ao ponto de corte clínico. Este valor é ligeiramente mais favorável do que o

que encontramos no nosso estudo, para o contexto familiar. No entanto, as crianças do estudo de Webster-Stratton estavam diagnosticadas e receberam uma intervenção multimodal e uma dose do programa para pais superior à que utilizámos.

Alguns itens do questionário de avaliação final do programa (Webster-Stratton, 2001) permitem-nos adicionar algumas **informações subjetivas e mais qualitativas à reflexão sobre o impacto da intervenção na vida das famílias**. Assim, a maioria das mães reconhece uma melhoria nos problemas dos filhos que as levaram ao programa, sentem-se satisfeitas com esses progressos (89%) e consideram que, para além da melhoria no funcionamento da criança, o programa teve impacto noutras esferas, pessoais ou familiares, não directamente relacionados com os filhos (84%). Três quartos referem não necessitar de outro suporte parental. Estes dados corroboram o impacto dos AI, para além dos resultados de questionários comportamentais e de pontos de corte, e são sugestivos da satisfação com o programa, tópico que será discutido no próximo ponto e que também define a eficácia de um programa (Kazdin, 2008).

7.2.4 Adesão ao Programa AI e Níveis de Satisfação

Apesar de as intervenções com pais, em geral, e os AI, em particular, terem dado provas da sua eficácia na diminuição dos problemas de comportamento externalizante, entre eles a PH/DA, os investigadores e clínicos preocupam-se com fatores relacionados com o envolvimento e a manutenção dos pais nestas intervenções, procurando criar condições para aumentar a sua adesão e, conseqüentemente a efetividade dos programas (Hutchings, Gardner, & Lane, 2004; Koerting et al., 2013; Webster-Stratton, Gaspar, & Seabra-Santos, 2012).

No presente estudo demos igualmente atenção aos níveis de adesão e satisfação das participantes, como indicadores importantes do seu envolvimento e aceitação do programa. Todas as hipóteses elaboradas neste âmbito foram confirmadas (cf. Capítulo 3), pelo que os nossos dados a este nível são também congruentes com os de outros estudos que recorreram aos AI (e.g., Axberg & Broberg, 2012; Larsson et al., 2008; McIntyre, 2008; Webster-Stratton et al., 2011).

Em primeiro lugar, verificou-se **elevada adesão das participantes** (88% estiveram presentes em dois terços ou mais do programa; cf. Anexo R) e uma **taxa reduzida de desistência** do programa. As condições oferecidas ao longo da implementação dos AI (e.g., *baby-sitting*, fornecimento de uma refeição ligeira, horário pós-laboral) e as estratégias que os AI contemplam para prevenir as desistências e aumentar o envolvimento quando algum pai falta (e.g., sessões de *make-up*, telefonemas semanais, envio dos materiais), podem ter

contribuído como elementos facilitadores da elevada adesão das participantes (Seabra-Santos, Gaspar, Azevedo, Homem, & Pimentel, 2011; Webster-Stratton & Hammond, 1997).

Em segundo lugar, constataram-se **níveis elevados de satisfação** com os principais conteúdos e componentes do programa avaliados semanalmente (e.g., DVD, *role-play*; cf. Anexo S) e com o programa em geral, avaliado no final da intervenção (e.g., as metodologias, as estratégias, os facilitadores; cf. Anexo M). Na avaliação semanal, todos os componentes do programa obtêm valores médios acima de 3 (numa escala de 4 pontos), sendo as classificações mais baixas imputadas aos *DVDs* e *Role-Play*. Em relação à satisfação final, as diversas áreas foram avaliadas com classificações médias entre 5.22 ($DP = 0.80$) e 6.86 ($DP = 0.27$), numa escala de 1 a 7. Os valores mais elevados foram atribuídos à utilidade das estratégias parentais e ao papel dos facilitadores, e os mais baixos à facilidade na implementação das estratégias e nas metodologias do programa.

Não se verificaram diferenças significativas, nem na adesão ao programa nem na satisfação com as diferentes metodologias e estratégias, entre os dois grupos de mães cujas crianças apresentavam diferentes níveis iniciais de comportamentos de PH/DA. Contudo, as pequenas diferenças encontradas favorecem o subgrupo com nível inicial de dificuldades mais elevado. Assim, após a intervenção e comparativamente com as mães que têm filhos com menos comportamentos de PH/DA, uma percentagem maior de mães pertencentes a este subgrupo identificam melhorias nos seus filhos.

Estes resultados podem estar relacionados com o clima positivo e aceite das sessões, com o modelo colaborativo e experiencial dos AI, que implica um envolvimento ativo e participativo dos pais ao longo da intervenção, e com o suporte fornecido pelo grupo e facilitadores (Seabra-Santos & Gaspar, 2008; Seabra-Santos et al., 2011). Além do mais, a maioria das participantes (68%) está satisfeita com o programa tal como ele está estruturado, referindo que “nada” lhes agradou menos; e 67% consideram que o programa não necessita de ser modificado. Metade das mães ($n = 7$) que afirmam que o programa poderia ser melhorado sugere a atualização dos *DVDs* (cf. Anexo M). Assim, os níveis elevados de adesão e satisfação com o programa encontrados confirmam a aceitação e validade social dos AI numa amostra portuguesa e constituem uma prova adicional, para a investigação, da adequabilidade do programa e filosofia dos AI a diferentes contextos, níveis de risco e culturas (Webster-Stratton, 2011; Webster-Stratton et al., 2012).

7.3 Aspetos Positivos e Principais Contributos do Estudo

Este trabalho de investigação apresenta diversos aspetos positivos que, no seu conjunto, fornecem um duplo contributo para o **conhecimento científico sobre a eficácia de programas de intervenção parental** e para a **prática clínica, nomeadamente ao nível nacional**. Esta investigação **amplia os estudos internacionais longitudinais com intervenções psicossociais**, neste caso, com uma intervenção parental específica, aplicada a crianças de idade pré-escolar com sinais precoces de PH/DA (Charach et al., 2011; Rajwan et al., 2012). Para além disso, no panorama nacional, face à ausência de intervenções parentais sistematicamente avaliadas em idade pré-escolar na problemática em estudo, esta investigação oferece evidência preliminar, a curto e a médio-prazo, da eficácia do Programa *Anos Incríveis Básico* para pais numa amostra de crianças portuguesas com comportamentos característicos de PH/DA. Vem, assim, colmatar, uma das lacunas da nossa prática clínica, contribuindo com uma **ferramenta de intervenção precoce de ação preventiva**, numa problemática de caráter crónico e de incidência elevada em idade escolar. Deste modo, segue as indicações da comunidade científica internacional, que apela ao investimento em intervenções baseadas em evidências (Axford, Elliot, & Little, 2012; Rodrigo, Almeida, Spiel, & Koops, 2012), e nacional (Abreu-Lima et al., 2010; Almeida et al., 2012), que preconiza a necessidade de investir na prevenção e na parentalidade positiva.

Em segundo lugar, consideramos que existem **mais-valias a nível metodológico** que reforçam a validade dos resultados encontrados. Assim, este estudo foi cuidadosamente planeado no âmbito de um projeto de investigação alargado, recebeu consultoria de diversos investigadores internacionais em diferentes momentos do seu planeamento e execução e contou com o suporte da FCT, da FPCEUC e de uma equipa motivada e com elevadas competências tecnicocientíficas (Seabra-Santos, Gaspar, Azevedo, Homem, & Leitão, 2012). Este suporte, no seu conjunto, tornou possível a inclusão de diferentes aspetos positivos que reforçam a qualidade metodológica do estudo aqui apresentado, os quais passamos a destacar.

A subamostra desta investigação faz parte de um **estudo aleatorizado** (*Randomized Controlled Trial, RCT*), considerada a melhor opção metodológica para avaliar a eficácia de intervenções, uma vez que através da distribuição aleatória dos participantes por dois grupos, intervenção e controlo, as diferenças entre as variáveis são minimizadas e os efeitos são atribuídos à intervenção e não a outras variáveis confundentes (Akobeng, 2005; Schulz, Douglas, & David, 2010).

A adoção de uma **abordagem conceptual do risco de PH/DA compreensiva e integradora** de diferentes contextos e fatores (*equifinalidade*) que podem ou não contribuir para uma das múltiplas trajetórias de risco de PH/DA (*multifinalidade*), refletiu-se nas diversas

áreas avaliadas (e.g., variáveis da criança - comportamentos de PH/DA, oposição e pró-sociais; variáveis das mães - competência parental, práticas parentais, humor; dados sociodemográficos, história clínica) e nos diferentes contextos (família e escola), através de uma metodologia baseada em **multi-informadores** (pais, educadores, avaliadores independentes), **multimétodos** (questionários, entrevistas, observação da interação pais-filhos) e **multidimensões** (avaliar diversos componentes dos mesmos construtos).

Destaca-se, no nosso estudo, a relevância de termos incluído “**avaliadores presumivelmente cegos**” (*Probably Blinded Assessment*; Sonuga-Barke et al., 2013a) que, na linha de base e na avaliação *follow-up* 6 meses, cotaram os comportamentos observados na interação mães-filhos e as entrevistas realizadas com as mães, sem conhecimento da condição (experimental/controlo) em que a criança se encontrava, o que potencia a fidedignidade dos efeitos de intervenção encontrados. Para além do mais, os **instrumentos** utilizados foram selecionados com base numa cuidada revisão da literatura, nomeadamente relativa às suas qualidades psicométricas⁹, e nos estudos pré-existentes com amostras portuguesas. No entanto, este constituiu um dos maiores desafios que se colocaram no início deste estudo, face à escassez de medidas estudadas e validadas para a população portuguesa em idade pré-escolar (Major, 2011; Marzocchi et al., 2004). Por conseguinte, consideramos que outro dos contributos deste estudo consiste no legado preliminar que deixa ao nível dos instrumentos de avaliação para o panorama nacional (e.g., alguns deles foram traduzidos no âmbito da presente investigação). Ainda em relação aos instrumentos, os estudos de acordo entre avaliadores para o DPICS e para a PACS desenvolvidos, que incluíram outros avaliadores independentes, constituem uma mais-valia e prova da atenção dada aos aspetos metodológicos, nesta investigação.

A **natureza longitudinal** deste estudo, incluindo a apresentação de resultados referentes a um período de *follow-up* de 12 meses, permitiu estudar a evolução dos efeitos da intervenção ao longo do tempo e reforça a efetividade dos resultados. Em relação à amostra, destacamos ainda outro aspeto positivo. Apesar das dificuldades habituais em manter sujeitos em planos de investigação longitudinal (Akobeng, 2005), no presente estudo verificou-se uma **reduzida taxa de atrito experimental ou perda amostral das famílias** ao longo dos diferentes momentos de avaliação (*follow-up* 6 e 12 meses) (semelhante, contudo, à observada noutros estudos na área, e.g., Webster-Stratton et al., 2013) e a ausência quase total de diferenças entre os participantes (mães e crianças) que terminaram a investigação e os que desistiram ao longo do processo, tanto em relação a variáveis sociodemográficas como clínicas, indicativa da continuidade nas características da amostra, ao longo do tempo.

⁹ As características psicométricas dos instrumentos utilizados nesta amostra e os estudos de acordo interavaliadores realizados para alguns instrumentos específicos, foram apresentados no Quadro 8 e na secção “Métodos” dos diferentes estudos empíricos.

Por fim, relativamente **aos métodos estatísticos empregues, a ANOVA para medidas repetidas**, comumente usada neste tipo de estudos, é considerada um método robusto de análise (Field, 2009; Tabachnick & Fidell, 2007). Para além disso, na análise dos dados, seguindo as recomendações da *American Psychological Association* (2010) e na tentativa de evitar os erros de tipo II (não detetar um efeito, quando ele existe), não só se considerou a significância, como também a **magnitude (tamanho) dos efeitos encontrados**.

Em terceiro e último lugar, destacamos a utilização de um programa e **modelo de intervenção, os Anos Incríveis, amplamente investigado, baseado em evidências e sustentado num sólido quadro teórico de referência**. A elevada adesão (igual ao estudo de Jones et al., 2007 [79%] e ligeiramente inferior ao estudo de Webster-Stratton et al., 2011 [92%]), juntamente com os níveis de satisfação alcançados, para além de elementos-chave na manutenção dos benefícios a longo-prazo (Rajwan et al., 2012), reforçam a aceitação e transportabilidade para outros países do modelo dos AI para pais de crianças com comportamentos de PH/DA e confirmam o carácter efetivo do programa em lidar com as barreiras ao envolvimento das famílias na intervenção (Hutchings et al., 2004; Koerting et al., 2013). O facto de a nossa amostra contemplar crianças com diferentes níveis de risco (mais próximo do que acontece “no terreno”) parece não ter afetado os resultados, sobretudo a adesão e satisfação das participantes, pelo que a capacidade dos AI se adaptar às características e necessidades das famílias, o ambiente não estigmatizante e a diversidade de níveis de preocupação e modelos parentais existentes pode, também, ter contribuído para o envolvimento das participantes na intervenção (Baydar, Reid, & Webster-Stratton, 2003). O modelo AI é, igualmente, um modelo de excelência pela sua preocupação constante em assegurar uma implementação com fidelidade (Eames et al., 2009), que passa pela preparação e supervisão dos facilitadores do programa e por uma disseminação dentro de parâmetros controlados e especializados. As características diferenciadoras do programa de intervenção estudado constituem pontos fortes da nossa investigação e contribuem para uma prática clínica de qualidade e rigor no panorama nacional.

7.4 Limitações: Aspetos a Considerar na Interpretação dos Resultados e em Estudos Futuros

Ao longo deste estudo foram identificadas algumas limitações (apresentadas nos estudos empíricos, Capítulos 4 a 6), que devem ser contempladas para uma interpretação fidedigna dos resultados desta investigação, e conseqüente generalização. Para além disso, as limitações assinaladas (no âmbito metodológico, dos resultados obtidos e do programa implementado) permitem-nos continuar a (re)pensar sobre o processo científico iniciado com este trabalho, que não se esgota nos três estudos apresentados, e a equacionar novas direções

para os estudos futuros, que possam contribuir para ultrapassar e esclarecer algumas dessas limitações. Neste ponto, para além das limitações, abordaremos algumas das implicações decorrentes do nosso estudo para investigações futuras, posteriormente sintetizadas no tópico seguinte.

A primeira limitação, de natureza metodológica, remete para as **caraterísticas psicométricas de alguns instrumentos utilizados** (e.g., foram encontrados níveis de consistência interna baixos em alguns instrumentos). Apesar da escolha dos instrumentos ter tido por base estudos congéneres (e.g., Jones et al., 2007; Hutchings et al., 2007; Sonuga-Barke et al., 2001) e investigações preliminares com amostras da nossa população (ver Seabra-Santos et al., 2013 para referências desses estudos), consideramos que alguns destes instrumentos revelam fragilidades que implicam uma interpretação cautelosa dos resultados, **a necessidade de os replicar futuramente e de explorar as caraterísticas psicométricas destes instrumentos de forma exaustiva na população portuguesa**. No que concerne às limitações dos instrumentos, gostaríamos, ainda, de acrescentar que, apesar de termos utilizado uma **medida de observação direta** da interação mães-filhos, **esta foi aplicada em contexto laboratorial e não naturalístico**, por questões financeiras e por considerarmos que culturalmente, em Portugal, as deslocações de técnicos ao contexto familiar se revestem de uma conotação negativa. Contudo, a aplicação deste instrumento tal como o fizemos, pode, como discutimos anteriormente, ter influenciado os dados. Por outro lado, **fica por esclarecer se o DPICS é uma medida suficientemente sensível e adequada** na avaliação dos comportamentos negativos das crianças numa amostra com caraterísticas semelhantes à nossa, uma vez que não avalia diretamente os comportamentos de PH/DA, sendo a tarefa realizada num ambiente pouco familiar para a criança e proporcionando um “retrato” muito reduzido do comportamento desta (Sonuga-Barke et al., 2013a). Será importante, em **estudos futuros, cotar o DPICS “ao vivo”**, no contexto familiar (Gardner, 2000), desenvolver estudos específicos sobre as **qualidades psicométricas deste instrumento na nossa população** e clarificar as categorias de comportamentos mais sensíveis à PH/DA em idade pré-escolar, que eventualmente possam constituir um *cluster* específico a analisar em estudos com crianças destas idades com queixas de hiperatividade.

Outra das limitações metodológicas está relacionada com o **tamanho da amostra**, especialmente quando nos debruçamos sobre os estudos prospetivos longitudinais (cf. Estudo empírico 2 e 3) com o grupo de intervenção. O reduzido tamanho da amostra, associado à perda amostral ao longo das avaliações (ainda que limitada), **reduz o poder das análises estatísticas para a deteção de efeitos pequenos** (Akobeng, 2005), tal como confirmado pelas análises de poder realizadas *a posteriori*. Assim, na interpretação dos resultados devemos ter presente que alguns efeitos pequenos, a existirem, podem não ter sido detetados pelas nossas análises

estatísticas, selecionadas também de acordo com o tamanho da amostra (e.g., testes não paramétricos no Estudo 3). Por esta razão, efeitos menos expressivos, marginalmente significativos, foram reportados. Esta limitação aponta também para a **necessidade de replicação destes dados em amostras de dimensão superior**, que permitam explorar melhor os efeitos em contexto escolar e em medidas de observação que, na nossa amostra, foram aqueles em que mais se fez sentir o atrito experimental.

A terceira limitação metodológica prende-se **com a inexistência de um grupo de controlo (de comparação) aos 12 meses de *follow-up***, o que dificulta a interpretação da eficácia dos resultados a médio-prazo e da manutenção dos ganhos atribuídos exclusivamente ao fator intervenção, apesar de verificarmos ganhos significativas ao longo dos três momentos de avaliação na maioria das variáveis da criança e da mãe (incluindo mudanças nas práticas parentais observadas) e estabilidade dos efeitos no grupo de intervenção. Tomando em consideração a preocupação dos pais face aos comportamentos das crianças da nossa amostra e as recomendações para iniciar as intervenções em idade precoce (Daley, Jones, Hutchings, & Thompson, 2009), não se considerou ético manter crianças com sinais de risco de PH/DA numa lista de espera, sem qualquer aconselhamento ou suporte, somente à espera da intervenção por um período mais prolongado de tempo. Apesar das limitações que este procedimento coloca ao nível da interpretação dos resultados, ele é comumente utilizado em estudos semelhantes (e.g., Jones et al., 2008; Webster-Stratton et al., 2013). Para tentarmos controlar a influência de outros fatores (e.g., do processo de desenvolvimento) e os enviesamentos na interpretação dos resultados (e.g., aos 12 meses de *follow-up* não foi possível garantir uma avaliação “cega” em relação ao grupo de pertença dos participantes), nomeadamente os erros de tipo I, apenas as variáveis que demonstraram efeitos de interação significativos ou marginalmente significativos da avaliação pré para a pós-intervenção foram incluídas no estudo longitudinal a médio-prazo (Webster-Stratton et al., 2013). Outra das limitações prende-se com a **não existência de um grupo de controlo normativo** emparelhado com os sujeitos da nossa amostra. Este objetivo, apesar de ter sido equacionado, não foi concretizado atendendo a constrangimentos financeiros e temporais do projeto onde este estudo foi inserido.

A um nível mais específico (de caracterização da amostra e dos dados obtidos), registaram-se **outras limitações, que podem restringir a generalização** dos resultados deste estudo (apesar de os nossos resultados serem congruentes com os de outros estudos):

- i. As razões pelas quais as famílias não quiseram participar no estudo, ainda que preenchessem o primeiro critério de entrada, não foram sistematicamente analisadas. No entanto, é possível que tenha existido algum **enviesamento na seleção da amostra**, relacionado com o não reconhecimento da necessidade de uma intervenção deste género (por vezes os pais referem que o problema é dos filhos e não veem necessidade

de receber uma intervenção direcionada para eles próprios), com a duração e disponibilidade requeridas para participar num programa de intervenção ao longo de 14 semanas consecutivas (e.g., hipótese de algumas famílias com menor suporte e capacidade socioeconómica terem ficado de fora e, pelo contrário, as mais motivadas e interessadas em melhorar os problemas dos filhos terem participado). Ao longo do estudo, sentimos que, à medida que a situação económica em Portugal se deteriorou, as famílias apresentaram mais dificuldades e obstáculos nos horários e disponibilidade para frequentar as sessões de grupo, devido a constrangimentos laborais e financeiros (e.g., deslocações). **No futuro, a análise das características das famílias que se recusam a participar no programa** (no nosso estudo, o mesmo aconteceu em algumas famílias do grupo de controlo) pode dar-nos informação significativa sobre a melhor forma de as envolver nestas intervenções (Koerting et al., 2013; Rodrigo, 2010).

- ii. A maioria dos grupos foi realizada em **contexto de investigação (académico)**, sendo que apenas uma pequena parte da intervenção (18%) foi implementada em contexto clínico (num hospital que os pais já conheciam e que recriou condições aproximadas na clínica do dia-a-dia dos serviços). Apesar do contexto académico não ser o mais indicado de acordo com o modelo dos AI, era aquele que estava mais disponível na zona Centro e que preenchia os critérios logísticos necessários (e.g., duas salas, serviço de *baby-sitting*, equipamento multimédia). No entanto, ainda que tenha consistido num local acolhedor e seguro, não é um contexto da comunidade e de fácil acesso para as famílias. Em estudos futuros, com amostras portuguesas, um **esforço acrescido na articulação com instituições da comunidade (e.g., JI) e com os serviços de cuidados de saúde** (públicos e privados) deve ser empreendido para a implementação da intervenção em contextos mais “reais” (Rodrigo et al., 2012).
- iii. **As características socioeconómicas da amostra** podem constituir outro obstáculo à generalização dos resultados. As mães da nossa amostra possuíam índices de escolaridade superiores ao das mulheres da mesma idade da zona centro e da média nacional. Por outro lado, verificaram-se níveis de stresse e de psicopatologia inferiores aos que são característicos de amostras semelhantes (Gardner et al., 2006; Hutchings et al., 2007), o que pode ser indicativo de menores fatores de risco. Face a esta constatação será importante **replicar o estudo em amostras com características socioeconómicas e de escolaridade diferentes**, até porque as crianças com comportamentos mais difíceis têm sido associadas na literatura a contextos com elevados níveis de risco (e.g., contextos menos escolarizados, mães jovens) (Hutchings et al., 2007).
- iv. Os nossos resultados primários (*primary outcomes*) ao longo dos três momentos de avaliação foram obtidos com base num **questionário de heterorresposta**, ou seja

numa medida mais suscetível a enviesamentos. Apesar de as mães fornecerem informação relevante acerca dos comportamentos da criança em contexto familiar (contexto-alvo deste programa de intervenção), o facto de terem participado numa intervenção pode enviesar a sua perceção (sobrestimação da mudança) e oferecer uma imagem enviesada, mais positiva, dos comportamentos da criança (Seabra-Santos & Gaspar, 2012; Webster-Stratton et al., 2011).

- v. Por outro lado, algum cuidado é necessário na comparação entre os resultados deste e de outros estudos, na medida em que **a seleção desta amostra foi feita com base num critério de inclusão definido pela presença de risco**, e não na presença de um diagnóstico (intervenção preventiva vs tratamento). Esta circunstância levou a que a amostra estudada seja caracterizada por grande heterogeneidade, englobando crianças com diferentes níveis de risco, podendo eventualmente contemplar alguns falsos positivos, como é usual em estudos de prevenção (Menting, Orobio de Castro, & Matthys, 2013). O Estudo 3 foi exatamente pensado para clarificar as diferenças na mudança, após a intervenção em crianças com diferentes níveis iniciais de comportamentos de PH/DA. Para diminuir o risco de classificações erróneas, tem sido sugerida a utilização de diferentes medidas (e.g., medidas de observação) e diversos informadores, nos procedimentos de triagem dos estudos de eficácia (Frick & Loney, 2000, cit. por Raaijmakers, 2008). Contudo, estas medidas são onerosas e consomem tempo. Ao longo do processo de investigação, e num estudo com estas dimensões, é necessário um equilíbrio constante entre o que seria ideal e o que é possível, de forma a não sobrecarregar o protocolo de avaliação e a preservar a sua exequibilidade e a prevenir os erros de tipo I.
- vi. Em relação à **avaliação do significado clínico da mudança**, esta restringiu-se à análise dos questionários e comportamentos de PH/DA, o que impossibilita uma leitura mais alargada da mudança na vida das crianças e famílias. **Futuros estudos deverão integrar medidas de qualidade de vida e de interferência em diferentes contextos e áreas de funcionamento da criança** (e.g., relação com pares e adultos, interferência na aprendizagem) (Healey, Miller, Castelli, Marks, & Halperin, 2008; Sonuga-Barke et al., 2013b).
- vii. Apesar do esforço para envolver os pais-homens e da taxa positiva de participação paterna no nosso estudo, **a dimensão da amostra no que toca a pais-homens é reduzida**. Por conseguinte, os dados dos pais não foram analisados no âmbito desta dissertação, podendo constituir o alvo de investigações futuras. Os dados apresentados consistem, assim, na visão materna dos comportamentos da criança, que pode diferir comparativamente a outros informadores, nomeadamente aos relatos e à visão paterna

dos comportamentos dos filhos (Matos et al., 2009; Roskam et al., 2010; Seabra-Santos & Gaspar, 2012).

- viii. Por último, **a perda amostral nas medidas dos educadores e da interação pais-filhos** (superior às medidas das crianças e mães), reduz o número de casos que é possível analisar quanto a estas variáveis e limita a interpretação dos dados. Para os educadores a taxa de devolução de questionários situou-se na ordem dos 78% e a continuidade do mesmo informador ao longo do tempo foi dificultada por constrangimentos inerentes a esta faixa etária e à situação dos educadores em Portugal (e.g., precariedade no emprego, mudança de educador, mudança de JI). As dificuldades vivenciadas a este nível devem ser consideradas na planificação de estudos futuros, constituindo pistas valiosas para incrementar a qualidade metodológica de próximas investigações. Assim, com o objetivo de diminuir o atrito experimental, **os estudos devem integrar outros procedimentos na devolução dos questionários**, para além dos usados no presente estudo (e.g., envio atempado dos protocolos de avaliação pelo correio; telefonemas periódicos e envio de mensagens telefónicas aos pais; recompensa simbólica para a criança pela entrega dos questionários). Outras soluções poderão passar pelo preenchimento total dos protocolos no local da avaliação ou pela recolha dos mesmos no contexto do participante (escola, casa) e contacto personalizado com cada um dos educadores (telefonicamente) para explicação do projeto e pedido de colaboração.

Finalmente, algumas **limitações inerentes ao programa implementado** devem ser assinaladas, nomeadamente o facto de o programa AI **implicar algum nível de literacia** (que aliás constituiu critério de inclusão no nosso estudo), o que pode constituir um obstáculo à participação e implica adaptações e cuidados especiais na sua implementação, pelo menos no nosso país, onde ainda não está disponível uma versão áudio do programa, assentando a implementação, em parte, na capacidade de leitura dos participantes (e.g., existe um livro que acompanha o programa, os DVDs são legendados). Para além disso, é um programa oneroso, que implica custos financeiros elevados (e.g., na aquisição do programa, na formação e supervisão dos facilitadores dos grupos), bem como a preparação atempada de todos os materiais (e.g., fotocópias, capas dos pais) e logística envolvida em cada sessão (e.g., *baby-sitting*, refeição leve, leitor de DVD, TV). O programa implica, também, disponibilidade de tempo por parte dos pais para frequentar as sessões semanais e para a realização das tarefas para casa. Acresce que, aproximadamente a meio da intervenção, muitos dos pais do nosso estudo comentaram que o programa estava a avançar a um ritmo rápido e que era difícil de uma semana para a outra cumprir todas as tarefas propostas. Estes aspetos podem limitar o acesso universal ao programa

por parte dos técnicos, das instituições e dos próprios pais, se não forem criadas condições facilitadoras para o seu envolvimento (Koerting et al., 2013).

7.5 Desafios Futuros: Implicações para a Investigação e a Clínica

7.5.1 Pistas para a Investigação Futura

Na secção anterior, foram apontadas algumas pistas a considerar em futuros estudos, relacionadas com as limitações identificadas no nosso estudo. De seguida, serão sintetizadas e enfatizadas as **principais implicações para a investigação**, que podem ser retiradas deste trabalho e suscitadas pela revisão bibliográfica realizada:

- i. Em primeiro lugar, os resultados encontrados são promissores, mas devem ser replicados em estudos futuros, **com um desenho prospetivo longitudinal alargado** (o estudo dos resultados da intervenção com esta amostra aos 18 meses de *follow-up* será iniciado brevemente) **em amostras de crianças pré-escolares portuguesas de dimensão maior**, com poder estatístico suficiente que possibilite outro tipo de análises (e.g., análises de equações estruturais de acordo com os modelos de crescimento latente). Os estudos de manutenção dos resultados a longo-prazo são uma peça importante na validação da efetividade das IP. Os dados de uma meta-análise recente (Lee, Niew, Yang, Chen, & Kin, 2012) revelaram que a magnitude dos resultados das IP diminuem nas avaliações de seguimento. No nosso estudo essa tendência não foi observada. Recorde-se, contudo, que não dispúnhamos de um grupo de controlo.
- ii. Em segundo lugar, será importante **replicar os dados deste estudo para compreender a possibilidade de generalizar os nossos resultados**, obtidos com crianças em risco de PH/DA, a outros contextos (e.g., comunidade vs clínicos) e a famílias com outras características (e.g., famílias de meios socioeconómicos mais desfavorecidos, pais com menor nível de escolaridade), à semelhança do que foi feito noutros países, nomeadamente no País de Gales (Jones et al., 2007, 2008).
- iii. Em terceiro lugar, a replicação dos nossos resultados em **amostras de dimensões maiores** possibilitará a resposta a outras questões de investigação que vão para além da demonstração de eficácia mas que estão intrincadas nela, e que têm dominado o interesse dos investigadores nos últimos anos (Rodrigo et al., 2012), pelas suas implicações para a prática e para tornar as intervenções parentais mais eficientes. Interessa, por exemplo, perceber **para quem** (que famílias e que crianças) e **em que circunstâncias** estas intervenções parentais, nomeadamente os AI, são eficazes (**estudo**

dos moderadores – e.g., nível de severidade inicial dos sintomas, de depressão materna, de PH/DA na mãe, envolvimento de apenas um ou de ambos os pais na intervenção); e **como funcionam os programas**, quais os mecanismos ativos da mudança, os processos que conduzem a efeitos positivos (**estudo dos mediadores** - e.g., práticas parentais, dose) (Beauchaine et al., 2005; Gardner et al., 2006; Gardner et al., 2010; Menting et al., 2013; Webster-Stratton et al., 2013).

- iv. Em quarto lugar, **estudos futuros com os AI em Portugal deverão incluir análises económicas da relação entre o custo e a eficácia do programa**. No nosso estudo, conhecemos o número de crianças que entre os *follow-ups* 6 e 12 meses foram alvo de intervenções farmacológicas ou outro acompanhamento, pontual ou psicoterapêutico. No entanto, não foi contabilizado o número de crianças que usufruíram de outros tipos de serviços, por exemplo na escola (e.g., ensino especial, terapia da fala). Estudos que incluam indicadores dos serviços utilizados a curto e a longo-prazo, que equacionem os custos da intervenção, os benefícios do programa e o recurso a sistemas de saúde e educação extra, podem elucidar e ajudar a decidir sobre as mais-valias de implementação ou não deste tipo de intervenção (e.g., O'Neill, McGilloway, Donnelly, Bywater, & Kelly, 2013). Estudos semelhantes têm sido realizados com os AI noutros países e são indicativos de uma boa relação custo-benefício (Edwards, Ceilleachair, Bywater, Hughes, & Hutchings, 2007; Foster, Olchowski, & Webster-Stratton, 2007). Tomando em consideração as trajetórias da PH/DA, o impacto nas diferentes áreas de funcionamento do sujeito e a comorbilidade associada (Posner et al., 2007; Sonuga-Barke & Halperin, 2010), uma análise deste género pode ser pertinente. Que tenhamos conhecimento, ainda não foi realizado nenhum estudo de custo-benefícios com os AI na PH/DA.
- v. Em quinto lugar, com base nos dados do nosso estudo sobre os níveis elevados de satisfação e envolvimento das participantes no programa, destacamos a importância de investigarmos a forma como este foi implementado, ou seja, a **integridade na sua implementação** (Eames et al., 2009). Num próximo estudo, no âmbito do projeto de investigação alargado onde este trabalho se insere, serão analisados os dados referentes ao processo de implementação do programa, nomeadamente a **adesão dos facilitadores ao protocolo de intervenção**, através da análise dos Inventários da Sessão para o Facilitador e do Inventário dos Objetivos da Sessão (cf. Anexo E).
- vi. O facto de se ter verificado no subgrupo de crianças com nível inicial de comportamentos de PH/DA mais elevados uma percentagem maior de mães que vieram ao programa acompanhadas pelos maridos chama a atenção para o papel dos pais-homens nestes programas, o qual deve ser investigado futuramente. Neste sentido, **será**

importante compreender se a presença dos pais-homens tem impacto na eficácia da intervenção e na estabilidade dos seus resultados. Fabiano (2007) refere maior estabilidade dos efeitos das intervenções parentais a longo-prazo, quando os pais-homens são envolvidos no programa, enquanto Webster-Stratton (1985) relata menos recaídas a longo-prazo.

- vii. Por último, algumas crianças manifestaram resultados acima do ponto de corte no *follow-up* 12 meses, tal como noutros estudos com amostras semelhantes (e.g., Jones et al., 2007) ou com amostras de crianças diagnosticadas com PH/DA (e.g., Sonuga-Barke et al., 2001, Webster-Stratton et al., 2013). Se considerarmos a PH/DA como um problema neurodesenvolvimental e com défices neuropsicológicos associados, é expectável que parte desses sintomas seja difícil de remitir. No futuro, será importante perceber, tal como já foi sugerido pela autora do programa (Webster-Stratton et al., 2013), **quais as características das crianças para as quais os AI não são suficientes, isto é, aquelas que podem necessitar de suporte adicional** (e.g., intervenção direcionada para a criança ou escola, maior “dosagem” do programa ou sessões de seguimento). Os nossos resultados a este propósito, em particular a perda do efeito a médio-prazo das competências de *coaching* das mães e o tamanho dos efeitos verificados, ligeiramente inferiores a outros estudos (e.g., Jones et al., 2007; Webster-Stratton et al., 2013), sugerem que se teste com crianças com níveis elevados de risco, **uma versão mais longa do programa para pais** (que inclua o programa AI Avançado; cenas em DVD mais atualizadas, sensíveis a questões desenvolvimentais, ao treino de competências de persistência e socioemocionais), **ou uma intervenção multimodal, que inclua o programa para pais e crianças em simultâneo**, tal como foi recentemente realizado nos EUA. Em Portugal, os próximos passos de investigação com a série de programas *Anos Incríveis* devem continuar a ser suportados e orientados pela experiência internacional com o programa e pelos resultados das investigações que têm vindo a ser realizadas com amostras portuguesas, de forma a consolidar os resultados alcançados. A análise futura dos fatores mediadores e moderadores do estudo alargado (de onde esta amostra foi extraída), com os programas AI para pais e educadores, numa amostra com crianças em risco de problemas disruptivos do comportamento, poderá ajudar a definir melhor a estratégia e os próximos passos a empreender. No entanto, é de assinalar que já se encontra disponível a versão dos AI para educadores e foi recentemente submetido para eventual financiamento, um projeto de investigação com o programa AI “Dinossauro” para crianças.

Em geral, **amostras mais alargadas** permitirão estudar a eficácia dos AI em subgrupos equiparáveis de crianças com diferentes tipos de comportamentos e sintomas (e.g., crianças só com comportamentos de PH/DA; crianças com comportamentos de PH/DA e oposição/desafio) e diferentes níveis de risco (crianças com sintomas severos e menos severos) (Jones, 2008) e, desta forma, conhecer melhor os perfis de mudança, as áreas em que o programa AI é mais eficaz e os efeitos indiretos (e.g., na depressão e stresse nos pais) nestes diferentes subgrupos de crianças. Dado que, a presença de PH/DA na mãe parece estar associada a um menor impacto positivo da intervenção parental nos sintomas de PH/DA na criança (Sonuga-Barke et al., 2002), no futuro, com uma amostra maior em contexto clínico, será interessante explorar a relação entre os sintomas de PH/DA da criança e os sintomas dos pais; e os efeitos do programa AI em função de diferentes níveis de sintomas de PH/DA dos pais.

Estudos controlados com *follow-ups* mais longos, que incluam **multimedidas, multi-informadores e informadores “presumivelmente cegos”**, numa perspetiva ecológica, poderão elucidar-nos acerca da fenomenologia da PH/DA em idade pré-escolar (Nigg, Goldsmith, & Sachek, 2004) e a melhor forma de identificarmos as crianças em risco de vir a desenvolver esta perturbação (Sonuga-Barke et al., 2011). Por outro lado, tais investigações poderão dar-nos pistas sobre as **trajetórias desenvolvimentais destas crianças** e o impacto ou não, deste tipo de intervenção (parental) em diferentes variáveis do funcionamento da criança e dos pais, a longo-prazo (Sonuga-Barke & Halperin, 2010; Sonuga-Barke et al., 2011). Atualmente existe alguma polémica entre os investigadores (Chronis-Tuscano, Chacko, & Barkley, 2013; Sonuga-Barke et al., 2013b), na sequência de uma meta-análise publicada recentemente por Sonuga-Barke e colaboradores (2013a) que compila diferentes tipos de intervenção na PH/DA, entre elas, as intervenções comportamentais com pais. Os dados apresentados revelam que os estudos em geral utilizam poucas medidas objetivas e informadores “cegos” e que, quando as aplicam, a magnitude dos efeitos encontrados é pequena, muito inferior aos estudos com avaliadores não “cegos” e sem reflexos significativos nos sintomas nucleares da PH/DA. Os autores concordam que as intervenções comportamentais com pais têm efeitos secundários positivos, noutras áreas de funcionamento da criança. Contudo, consideram urgente desenvolver abordagens ecológicas de avaliação do impacto das intervenções comportamentais que sejam válidas, “cegas” e aplicadas no âmbito de estudos bem desenhados e controlados.

Estudos recentes têm investido no desenvolvimento de intervenções para pais desenhadas especificamente para a PH/DA (e.g., Halperin et al., 2012; Herbert et al., 2013; Thompson et al., 2009), algumas delas para aplicação individual (e.g., Halperin et al., 2012; Thompson et al., 2009), e outras incluindo componentes multimodais de intervenção incidindo diretamente na criança com PH/DA, com o objetivo de desenvolver as áreas deficitárias (e.g., Halperin et al.,

2012). Para além dos estudos longitudinais, que poderão esclarecer sobre o impacto das intervenções parentais a longo-prazo, estudos que comparem, lado a lado, os AI com intervenções convencionais (“*as usual*”) (Axberg & Broberg, 2012) e com outras intervenções desenvolvidas especificamente para a PH/DA (e.g., *New Forest Parent Programme*), poderão elucidar sobre os efeitos específicos de diferentes intervenções aplicadas precocemente nas diferentes áreas de funcionamento das crianças e nas variáveis dos pais, para além do efeito de *Hawthorne*, relativo ao mero contacto e suporte dos técnicos.

7.5.2 Implicações para a Prática Clínica

Os resultados deste trabalho, a par com a nossa experiência na intervenção com crianças e com os pais dos grupos que fizeram parte do projeto alargado onde este estudo se inseriu, permitem-nos refletir e apontar algumas implicações para a prática clínica, que consideramos relevantes:

i. Despistar e avaliar precocemente crianças em risco de vir a desenvolver PH/DA

Os resultados do presente estudo colocam em evidência as características de uma amostra de crianças em idade pré-escolar que revelam comportamentos característicos de hiperatividade, variáveis ao nível da intensidade, mas que podem ser indicativos do desenvolvimento de uma trajetória de PH/DA. Todas as crianças manifestaram comportamentos acima do ponto de corte e mais de metade comorbilidade com problemas de oposição. Curiosamente, só metade destas crianças foram clinicamente referenciadas, ainda que ambos os grupos não diferissem nos critérios de inclusão relacionados com os comportamentos de PH/DA acima dos pontos de corte dos dois questionários utilizados na linha de base. Estes dados, aliados ao facto de alguns pais não pedirem ajuda e ao aumento da procura dos serviços de saúde mental no início da escolaridade (ainda que o início dos problemas seja anterior) coloca um desafio acrescido aos clínicos e educadores quanto à necessidade de **despiste e identificação precoces de crianças em risco de vir a desenvolver PH/DA**, com o objetivo de prevenir e reduzir desde o início os problemas de comportamento (Lavigne, LeBailly, Hopkins, Gouze, & Binns, 2009), numa faixa etária permeável à mudança.

Os resultados deste estudo revelam ainda que a intervenção teve um impacto positivo nos comportamentos identificados precocemente e nas variáveis relacionados com os pais, o que reforça a **importância de se intervir precocemente e de se estar alerta para os indicadores precoces de PH/DA** (cf. Capítulo 1, Quadro 1) e de rastrear comportamentos característicos de PH/DA (inapropriados para o estágio de desenvolvimento, frequentes, severos, persistentes e interferentes em diferentes áreas do funcionamento da criança) em consultas de rotina (e.g.,

centros de saúde, pediatras) e na comunidade (e.g., em estabelecimentos pré-escolares) (Sayal, Hornsey, Warren, MasDiarmid, & Taylor, 2006; Sayal et al., 2012).

Neste contexto, médicos, enfermeiros e educadores de infância têm um papel privilegiado no despiste precoce de potenciais situações de risco (Egger, Kondo, & Angold, 2006; Reinhardt & Reinhardt, 2013). Tal como no modelo de avaliação utilizado neste estudo, o despiste e avaliação destes problemas deve contemplar uma **abordagem compreensiva, multidimensional e com recurso a vários métodos e informadores**. Este processo deve contemplar variáveis familiares e contextuais (Cunningham, 2007), e ser realizado de acordo com uma perspetiva desenvolvimental, relacional e multidisciplinar (Bussing, Lehming, & Eyberg, 2006). A variabilidade encontrada no nosso estudo entre alguns dos instrumentos e informadores reforça esta ideia. Para além disso, cerca de 50% das crianças identificadas com problemas de comportamento em idade precoce não desenvolvem nenhuma perturbação mais tarde, pelo que as avaliações devem ser baseadas em mais do que um instrumento e indicador (para que se considere que a criança está em risco) e revistas periodicamente, assumindo-se o carácter provisório das conclusões retiradas de qualquer avaliação feita nesta faixa etária. Como alertam Bussing et al. (2006, p. 129), *“assigning a label of difficult temperament provides neither reassurance nor license to engage simply in watchful waiting”*, pelo que, o grande objetivo do despiste e identificação precoce consiste em proporcionar a estas crianças e famílias respostas eficazes e adequadas às suas dificuldades, em tempo útil.

ii. Intervir precocemente e prevenir uma trajetória desenvolvimental (in)adaptativa

Atualmente, a deteção precoce é especialmente importante, uma vez que **existem intervenções eficazes para crianças pequenas** (Lavigne et al., 2009). No nosso estudo, incidimos nas variáveis do meio, mais especificamente relativas aos pais (intervenção parental), e usámos uma intervenção comportamental empiricamente validada, considerada de primeira linha para crianças em risco de PH/DA, seguindo as recomendações internacionais para esta problemática e faixa etária (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 2007; American Academy of Pediatrics [AAP], 2011; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2009).

Estas intervenções visam minorar os fatores de risco associados aos problemas e potenciar os fatores protetores e, deste modo, desviar a criança para uma trajetória desenvolvimental mais adaptativa. Se adotarmos uma perspetiva desenvolvimental da PH/DA (modelo de Sonuga-Barke e colaboradores, 2005, anteriormente referido no Capítulo 1), é incontornável o reconhecimento do papel dos pais na intervenção preventiva precoce, proposta pelos autores para as quatro hipotéticas trajetórias da PH/DA em idade pré-escolar. Assim, quando a trajetória é marcada por problemas de oposição, os pais podem moderar

negativamente esta trajetória através de práticas parentais negativas, pelo que a intervenção dirigida aos pais é relevante. Quando a trajetória revela um acentuar dos sintomas em idade escolar, os momentos de transição podem ser desorganizadores para a criança e o suporte dos pais e aos pais nesses momentos pode ser relevante. Em trajetórias limitadas ao período pré-escolar o papel protetor dos pais é crucial (inclusive na delimitação do problema a esta faixa etária), o que pode ser promovido através do suporte aos pais para o desempenho desse papel. Finalmente, quando a trajetória tem um início precoce e se mantém no tempo, os pais devem ser sempre incluídos numa intervenção que, muitas vezes, se reveste de um carácter multimodal. As intervenções com os pais são, assim, uma peça fundamental, sobretudo em idade pré-escolar, como fator protetor e de resiliência para a criança em risco.

Uma percentagem importante de crianças do nosso estudo, ainda que tenha mudado, continuou a apresentar comportamentos característicos de PH/DA num nível significativo, o que pode indicar a necessidade de suporte adicional. Por conseguinte, os clínicos devem estar atentos a estas crianças, considerar que um protocolo de intervenção parental aplicado com fidelidade pode não ser suficiente (McGoey, DuPaul, Eckert, Volpe, & Van Brackle, 2005) e providenciar outras respostas de intervenção (e.g., tratamentos multimodais). O tratamento farmacológico deve ser facultado nos casos mais severos e após a intervenção comportamental, sendo que as organizações internacionais preconizam precaução na administração de estimulantes em idade precoce. Como referiu Margaret Weiss, no último Congresso Mundial de PH/DA em Milão (junho de 2013) "*pills do not build skills*", pelo que as intervenções multimodais (Rothenberger & Rothenberger, 2012) que conduzam à modificação e reestruturação de comportamentos e práticas devem ser privilegiadas.

Outra implicação relevante do nosso estudo para a prática clínica consiste em alertar para a necessidade de prestar especial atenção às **famílias que apresentam mais fatores de risco na linha de base**, antes, durante e após o processo de intervenção. Características relevantes destas famílias são: o facto de serem clinicamente referenciadas; as mães relatarem a existência de mais fatores de stresse, e serem mais críticas; e as crianças apresentarem mais comportamentos de PH/DA após a intervenção parental. Foram estas as famílias, que tiveram ajuda adicional entre o FU 6 e 12 meses.

Por último, a **intervenção preventiva deve incidir igualmente nos pais de crianças com níveis baixos e elevados de comportamentos de PH/DA**. Os nossos resultados sugerem que ambos os grupos de crianças beneficiam com a intervenção e que as mães se envolvem de igual forma no processo. Para além disso, quando comparamos a mudança entre elas, concluímos que o grupo de crianças com sintomas à partida mais severos beneficia mais em relação a algumas variáveis o que, mais uma vez, apela para a importância de intervirmos precocemente.

iii. Oferecer o programa AI ao longo de 14 semanas e com duas sessões de seguimento

O programa AI Básico para pais é um dos programas de intervenção parental disponíveis no nosso país, que pode ser utilizado em idade precoce, e cujos resultados mostram eficácia em situações de PH/DA.

Na prática clínica, com crianças com sinais de risco de PH/DA deve ser utilizada uma versão semelhante à que foi testada neste estudo (cf. Capítulo 2): 14 sessões semanais de grupo e duas sessões de seguimento, 3 e 9 meses após o final da intervenção. Os facilitadores do grupo devem prestar especial atenção aos conteúdos e estratégias desenvolvidas no programa que são mais sensíveis às características das crianças com PH/DA (e.g., treino de persistência e autorregulação emocional, recompensas imediatas, regras e rotinas). As competências de *coaching* dos pais devem ser treinadas ao longo das sessões, investindo-se mais nesta área uma vez que os nossos dados demonstraram que esta competência, apesar de ser adquirida com a intervenção, pode perder-se ao longo do tempo. Os clínicos e outras pessoas interessadas em implementar o programa devem ter presente que este **deve ser aplicado no seu todo**, como um conjunto de métodos e estratégias interdependentes. Aliás, os estudos de Webster-Stratton e colaboradores (1988, 1989) mostraram que a aplicação conjunta dos componentes é mais eficaz do que a aplicação de um ou dois componentes individualmente. Os nossos dados revelam, a este propósito, uma implicação clínica que não podemos deixar de salientar: as mães das crianças com nível inicial de comportamentos de PH/DA mais elevados valorizam mais os *role-plays* (prática de novas estratégias num local seguro), o tempo de pausa (estratégia para a criança se acalmar) e os telefonemas dos facilitadores (suporte). Estes ingredientes devem ser enfatizados e reforçados, em grupos de pais de crianças com comportamentos de PH/DA mais interferentes. Numa revisão recente de Kaminski e colaboradores (2008) estes componentes (prática de novas competências nas sessões, tempo de pausa) e outros, como a ênfase no aumento de interações positivas entre pais-filhos e na consistência parental, foram considerados componentes associados a maior efetividade dos programas de intervenção parental. São componentes como estes, que a literatura tem demonstrado como eficazes, que devem estar presentes nas intervenções parentais que implementamos.

iv. Promover e facilitar o envolvimento dos pais nos programas de intervenção

Vários estudos têm apontado diferentes estratégias para promover o envolvimento dos pais nos programas de intervenção parental (Hutchings et al., 2004; Koerting et al., 2013; Scott & Dadds, 2009).

Neste contexto reconhece-se a importância de os programas serem implementados em locais de fácil acessibilidade, em horários pós-laborais ou de acordo com as disponibilidades dos

pais e de ser oferecido serviço de *baby-sitting*. **Na implementação de intervenções parentais em grupo, os facilitadores devem tentar eliminar todas as barreiras à adesão dos pais à intervenção** (Koerting et al., 2013). Ao longo do nosso projeto, para além de contemplarmos estes procedimentos, houve uma preocupação acrescida com o estabelecimento de uma relação com os pais desde o primeiro contacto (e.g., quando se recolheram os dados de anamnese e se explicou o projeto). Assim, na intervenção com pais deve tentar-se desde o primeiro momento estabelecer uma relação próxima e de confiança, e fornecer informação adequada e clara sobre os objetivos do programa e sobre os benefícios que têm sido demonstrados nos estudos, tanto para a criança, como para os pais. Em alguns países é realizada uma sessão prévia com todos os pais interessados em participar no grupo, para apresentação do programa, sessão esta em que pais que participaram anteriormente num grupo podem ser convidados a partilhar a sua experiência. Ao longo do programa o envolvimento dos pais deve ser cuidadosamente monitorizado, quer através dos telefonemas semanais do facilitador, quer da disponibilização de tempo para rever as sessões com os pais que falharam e/ou envio de materiais.

Apesar de não podermos estabelecer com base neste estudo uma relação direta entre estes procedimentos e o envolvimento dos pais nas sessões, verificamos que os nossos índices de participação e satisfação com o programa foram elevados, tal como noutros estudos com os AI (e.g., Larsson et al., 2008; Webster-Stratton et al., 2011).

O envolvimento de ambos os pais na intervenção deve ser tentado sempre que existam condições para tal, desenvolvendo esforços para que a vinda de ambos os membros do casal ou cuidadores ocorra ou, pelo menos, fomentando a sua colaboração ativa, embora à distância (e.g., através da leitura dos folhetos que vão para casa, participando na festa final). A aplicação do programa a mães que vêm acompanhadas parece diminuir as recaídas a longo-prazo (Webster-Stratton, 1985).

v. Implementar um programa com fidelidade

Como já foi referido anteriormente, **uma das pedras de toque para a eficácia dos programas de intervenção parental prende-se com a fidelidade na forma como são implementados**. No caso específico do programa AI, especial atenção é dada a este tópico. Assim, é desejável que os facilitadores possuam algumas competências prévias (e.g., capacidade de escuta, empatia, estilo colaborativo; Gaspar & Brandão, no prelo). A frequência de uma formação específica para serem líderes de grupos de pais é necessária e os facilitadores devem preparar-se para as sessões com antecedência e seguir o manual do protocolo de intervenção. Para além disso, devem usufruir de supervisão, de forma a refletirem sobre o processo de aplicação dos AI e a adequarem o programa às características individuais e necessidades específicas de cada família. A dose, o número de sessões frequentadas e o envolvimento dos pais

nos trabalhos para casa e nas discussões (Baydar et al., 2003), e a fidelidade na implementação dos AI (Eames et al, 2009) estão associadas a melhores resultados de intervenção, sobretudo à melhoria das competências parentais (Baydar et al., 2003).

Ao longo do nosso estudo, houve uma preocupação firme com a qualidade da implementação e com o cumprimento rigoroso dos pressupostos de integridade e fidelidade do programa. Acreditamos que estes esforços tiveram impacto nos resultados alcançados e na adesão dos participantes ao programa. Tal como referem Rajwan et al. (2012, p. 2), a propósito de um estudo de Sonuga-Barke e colaboradores sobre a aplicação de uma intervenção parental por enfermeiras não especializadas, *“simply implementing these interventions without appropriate training and supervision likely will result in less than optimal outcomes”*.

vi. Promover a continuação do suporte

Após o termo da intervenção parental, os facilitadores devem assegurar formas de **manter o suporte aos pais** (e.g., através de sessões de seguimento, telefonemas, encontros entre os pais em ambientes informais, *blog, facebook*), de monitorizar os ganhos e reforçar as “ferramentas” do programa ao longo do tempo (Lee et al., 2012; Rajwan et al., 2012). Como evidenciou o nosso estudo, por vezes, as mudanças no comportamento das crianças não são imediatas, demoram tempo a ocorrer, e a vida das famílias e das crianças nesta faixa etária está constantemente sujeita a novos desafios, pelo que a continuidade do suporte constitui um elemento importante na manutenção dos ganhos da intervenção.

vii. Dar informação relevante às equipas multidisciplinares de intervenção em contextos de saúde ou em contextos comunitários e acesso a programas de intervenção baseados em evidências

O papel do psicólogo clínico não se deve limitar a implementar programas de intervenção parental, mas também, no âmbito de um modelo de trabalho colaborativo e interdisciplinar com as equipas multidisciplinares dos contextos clínicos, o psicólogo pode e deve ter outras funções: i. fornecer informação relevante acerca da pertinência da intervenção precoce e dos indicadores precoces de risco da PH/DA; ii. informar sobre a heterogeneidade das trajetórias desenvolvimentais da PH/DA e do papel dos pais como elemento protetor ou de risco e de manutenção, sobretudo quando se encontram presentes problemas de comportamento; iii. sensibilizar os profissionais para a importância do despiste precoce de comportamentos de PH/DA; iv. estar informado acerca das intervenções parentais de primeira linha e discutir este tipo de atuação com os profissionais de saúde; v. fazer a “ponte” entre os resultados das investigações em contexto académico e as implicações práticas dos mesmos, incluindo os benefícios a longo-prazo. Estes programas, nomeadamente os AI, também podem ser aplicados em contexto de jardim de infância, tendo o **psicólogo escolar**, neste caso, um papel

preponderante junto da comunidade escolar, por exemplo, na deteção de situações de risco, na sensibilização dos educadores para a eficácia destas intervenções e no envolvimento das famílias (Mendez, Ogg, Loker, & Fefer, 2013; Sayal et al., 2012).

Tomando em consideração os dados promissores deste estudo a curto e a médio-prazo (Azevedo, Seabra-Santos, Gaspar, & Homem, 2013a; Azevedo, Seabra-Santos, Gaspar, & Homem, 2013b) e as recomendações da AAP (2011; intervenções parentais como tratamento de primeira linha em idade pré-escolar), assim como, a prevalência mundial da PH/DA em idade escolar (cerca de 5%; Polanczyk, Silva de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007) e as consequências secundárias da PH/DA a longo-prazo, em diferentes áreas de funcionamento da criança (Lahey et al., 2004), parece existir evidência suficiente para fundamentar políticas de investimento nacional em intervenções precoces, direcionadas para os fatores de risco envolvidos na PH/DA em idade pré-escolar e para ajudar os pais a lidar melhor com as características destas crianças. Estas intervenções podem interromper e atenuar trajetórias desenvolvimentais disfuncionais e, desta forma, a longo-prazo, podem ser benéficas em termos de custos associados aos gastos com a saúde mental destas crianças, adolescentes e adultos.

As políticas nacionais devem acompanhar a tendência de outros países e investir na prevenção e intervenção precoces nesta área (e.g., Hutchings, 2012), privilegiando o uso de programas baseados em evidências, criando uma metodologia de avaliação da eficácia de programas e incluindo intervenções efetivas e testadas com amostras portuguesas, nos planos anuais do serviço nacional de saúde e na educação. Judy Hutchings na Conferência da Associação de Saúde Mental para Crianças e Adultos, em Londres, em Março de 2013 (<http://clients2.mediaondemand.net/acamh/15-03-2013/player/default.aspx?eventId=3259>) sobre os desafios de implementar os dados da investigação sobre intervenções parentais no “terreno”, refere que durante anos trabalhou no serviço nacional de saúde e ninguém lhe pediu para demonstrar se o que fazia funcionava. Hoje em dia, sabemos que existem intervenções disponíveis e eficazes, testadas na nossa população, como é o caso dos AI. Por conseguinte, a ação concertada entre investigadores, clínicos e agentes políticos é urgente, de forma a trazer para a “escala real” as intervenções parentais, visto que todas as famílias têm direito ao acesso a intervenções eficazes, de qualidade (Rodrigo et al., 2012).

O presente trabalho teve também como objetivo criar “pontes” entre a investigação e a prática clínica, permitindo que o saber académico tivesse implicações práticas diretas, deixando disponível para os profissionais de saúde e de educação, uma ferramenta de intervenção precoce, direcionada aos “anos incríveis”, idade onde “o desenvolvimento social, emocional e académico das crianças é um processo incrível” (Webster-Stratton, 2010, p. 24) numa problemática muito frequente na prática quotidiana. Conscientes de que os nossos dados

cruzaram algumas fronteiras e de que a Norte, no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Magalhães Lemos, uma equipa de pedopsiquiatras oferece os AI Básico para pais como uma das intervenções disponíveis, e na região Centro, no Hospital Pediátrico de Coimbra uma equipa de duas psicólogas planeia também oferecer os AI aos seus utentes, esperamos que, com o tempo e um investimento público bem direcionado, este contributo possa chegar a mais serviços e famílias. Ao nosso alcance, está, ainda, continuar a disseminar os resultados dos nossos estudos em encontros científicos nacionais e disponibilizar suporte e supervisão, a grupos de trabalho nacionais interessados na implementação do programa.

Será importante criar uma rede nacional de suporte à implementação dos programas *Anos Incríveis* em Portugal, à semelhança do que existe noutros países, de forma a: assegurar a atualização e informação constante dos profissionais, face aos resultados mais recentes da investigação; dar continuidade aos estudos de forma coordenada; disponibilizar formação especializada e supervisão aos facilitadores dos grupos; ter um banco nacional de empréstimo de programas e materiais standardizados; e, assim, contribuir para a promoção de uma prática clínica válida e de qualidade. Para tal, será necessário investimento público na investigação, no treino de profissionais e mentores dos AI no nosso país (que, conseqüentemente, poderão formar outros profissionais em Portugal, com encargos menores do que se esta formação for dada por profissionais estrangeiros ou no estrangeiro) e na coordenação de diretrizes e serviços. Reiteramos, também, a sugestão decorrente do estudo de Vale (2011) com o programa AI para educadores, da necessidade de reforçar os currículos dos educadores de infância, ao nível do desenvolvimento das competências socioemocionais das crianças, reconhecendo-se que o contexto pré-escolar pode constituir-se como outro contexto protetivo ou de risco para as crianças com sinais precoces de PH/DA.

Em conclusão, este estudo oferece evidência preliminar para a eficácia a curto e a médio-prazo do Programa AI Básico para pais, aplicado ao longo de 14 semanas e duas sessões de seguimento, nos comportamentos de PH/DA de crianças portuguesas em idade pré-escolar. Embora estes resultados devam ser replicados e consolidados em estudos futuros, o programa mostrou elevada aceitação por parte das mães envolvidas e resultados positivos na modificação de comportamentos de mães e de crianças, o que justifica a sua implementação em condições semelhantes. Esperamos que o trabalho desenvolvido ao longo destes últimos anos de investigação possa servir como contributo e mais-valia para os profissionais, mas sobretudo para as famílias e crianças “incríveis” do nosso país, fazendo a *diferença* nas interações pais-filhos e nos percursos de vida destes.

Referências Bibliográficas

- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M., & Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007–2010*. Retirado de http://www.cnpqjr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF
- Akobeng, A. (2005). Understanding randomized controlled trials. *Archives of Disease in Childhood, 90*, 840-844. doi: 10.1136/adc.2004.058222
- Almeida, A., Abreu-Lima, I., Cruz, O., Gaspar, M.F., Brandão, T., Alarcão, M.,... Machado, J. (2012). Parent education interventions: Results from a national study in Portugal. *European Journal of Development Psychology, 19*(1), 135-149. doi: 10.1080/17405629.2011.647865
- American Academy of Child Adolescent Psychiatry (AACAP, 2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(7), 894-921. doi:10.1097/chi.0b013e318054e724
- American Academy of Pediatrics (AAP, 2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics, 128*(5), 1-16. doi: 10.1542/peds.2011-2654
- American Psychological Association (APA, 2010). Publication *Manual of the American Psychological Association*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Atkins, D. C., Bedics, J. D., McGlinchey, J. B., & Beauchaine, T. P. (2005). Assessing clinical significance: Does it matter which method we use? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 982-989. doi: 10.1037/0022-006X.73.5.982
- Axberg, U., & Broberg, A. G. (2012). Evaluation of "The Incredible Years" in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*(3), 224-232. doi: 10.1111/j.1467-9450.2012.00955.x
- Axberg, U., Hansson K., & Broberg A. G. (2007). Evaluation of the Incredible Years Series. An open study of its effects when first introduced in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*(2), 143-151. doi:10.1080/08039480701226120
- Axford, N., Elliott, D., & Little, M. (2012). Blueprints for Europe: Promoting evidence-based programmes in children's services. *Psychosocial Intervention, 21*(2), 205-214. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a11>
- Azevedo, A., Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., & Homem, T. (2013a). The Incredible Years Basic Parent Training for Portuguese preschoolers with AD/HD behaviors: Does it make a difference? *Child and Youth Care Forum, 42*(5), 403-424. doi: 10.1007/s10566-013-9207-0

- Azevedo, A., Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., & Homem, T. C. (2013b). A parent-based intervention programme involving preschoolers with AD/HD behaviours: Are children's and mothers' effects sustained over time? *European Child and Adolescent Psychiatry*, doi: 10.1007/s00787-013-0470-2
- Baydar, N., Reid, J., & Webster-Stratton, C. (2003). The role of mental health factors and programme engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for Head Start mothers. *Child Development*, 74(5), 1433-1453.
- Beauchaine, T., Hinshaw, S., & Pang, K. (2010). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 327-336. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01224.x
- Beauchaine, T. P., Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2005). Mediators, moderators and predictors of 1-year outcome among children treated for early-onset conduct problems: A latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 371-388. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.371
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, doi: 10.1023/A:1020807613155
- Bussing, R., Lehninger, F., & Eyberg, S. (2006). Difficult child temperament and attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children. *Infants & Young Children*, 19(2), 123-131. Retirado de <http://journals.lww.com/iycjournal/Abstract/2006>
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488. doi:10.1017/S0954579400003114
- Charach A., Dashti, B., Carson, P., Booker, L., Lim, C.G., Lillie, E, ... Schachar R. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder: Effectiveness of treatment in at-risk preschoolers; long-term effectiveness in all ages; and variability in prevalence, diagnosis, and treatment. *Comparative Effectiveness Review*, 44 (Prepared by the McMaster University Evidence-based Practice Center). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retirado de www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm. Accessed 30 November 2012.
- Chronis-Tuscano, A., Chacko, A., & Barkley, R. (2013). Key issues relevant to the efficacy of behavioral treatment for ADHD (letter). *The American Journal of Psychiatry*, 170, 799. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13030293
- Cunningham, C. E., & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 555-569. doi:10.1023/A:1020855429085.

- Daley, D., Jones, K., Hutchings, J., & Thompson, M. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children: Current findings, recommended interventions and future directions. *Child: Care Health and Development*, 35(6), 754-766. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00938
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. (2006). Conceptualizing changes in behavior in intervention research: The range of possible changes model. *Psychology Review*, 113(3), 554-583. doi:10.1037/0033-295X.113.3.554
- DuPaul, G., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 508-515. doi:10.1097/00004583-200105000-00009
- Eames, C., Daley, D., Hutchings, J., Whitaker, C. J., Jones, K., Hughes, J. C., & Bywater, T. (2009). Treatment fidelity as a predictor of behavior change in parents attending group-based parent training. *Child: Care, Health and Development*, 35, 603-612. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00975.x
- Edwards, R. T., Ceilleachair, A., Bywater, T., Hughes, D. A., & Hutchings, J. (2007). Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: Cost effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 334, 682-688. doi: 10.1136/bmj.39126.699421.55
- Egger, H. L., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infant & Young Children*, 19(2), 109-122. Retirado de <http://journals.lww.com/iyjournal>
- Eyberg, S., Funderburk, B., Hembree-Kigin, T., McNeil, C., Querido, J., & Hood, K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, 23, 1-20. doi: 10.1300/J019v23n04_01
- Fabiano, G. (2007). Father participation in behavioral parent training for ADHD: Review and recommendations for increasing inclusion and engagement. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 683-693. doi: 10.1037/0893-3200.21.4.683
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (and sex and drugs and rock'n'roll)* (3rd ed.). London: Sage.
- Fossum, S., Mørch, W. T., Handegård, B. H., Drugli, M. B., & Larsson, B. (2008). Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and mediators of treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 173-181. doi: 10.1111/j.1467-9450.2008.00700.x
- Foster, M., Olchowski, A. E., & Webster-Stratton, C. (2007). Is stacking intervention components cost-effective? An analysis of the Incredible Years Program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1414-1424. Retirado de http://67.199.123.90/library/items/is-stacking-intervention-components-cost-effective_10.pdf
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S., & Donnelly, M. (2012). Behavioral and cognitive-behavioral group-based parenting programs for early-onset conduct problems in

- children aged 3 to 12 years. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2*. Art. No: CD008225. doi: 10.1002/14651858.CD008225.pub2.
- Gardner, F. (2000). Methodological issues in the direct observation of parent-child interaction: Do observational findings reflect the natural behaviour of participants? *Clinical Child and Family Psychology Review, 3*(3), 5-98. doi: 10.1023/A:1009503409699
- Gardner, F., Burton, J., & Klimes, I. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(11), 1123-1132. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01668.x
- Gardner, F., Hutchings, J., Bywater, T., & Whitaker, C. (2010). Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcome in an effectiveness trial of a parenting intervention. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 39*(4), 1-13. doi:10.1080/15374416.2010.486315.
- Gaspar, M., & Brandão, T. (no prelo). O profissional de Educação Parental: Perspetivas diversas, objetivos comuns. In T. Brandão & M. Gaspar (Eds). *Educação Parental e Familiar em análise: Conceitos, modelos de intervenção e desafios rumo à promoção duma Parentalidade Positiva*.
- Halperin, J. M., Marks, D. J., Bedard, A. C. V., Chacko, A., Curchack, J.T., Yoon, C. A., & Healey, D. M. (2012). Training executive, attention, and motor skills: A proof-of-concept study in preschool children with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 10*(1), 1-11. doi: 10.1177/1087054711435681
- Hartman, R. R., Stage, S. A., & Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: Examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(3), 388-398. doi: 10.1111/1469-7610.00129
- Hautmann, C., Hanisch, C., Mayer, I., Plück, J., & Döpfner, M. (2008). Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder-generalization to the real world. *Journal of Neural Transmission, 115*(2), 363-370. doi: 10.1007/s00702-007-0866-6
- Healey, D., Flory, J., Miller, C., & Halperin, J. (2011). Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool children. *Infant and Child Development, 20*, 148-161. doi:10.1002/icd.682
- Healey, D.M., Miller, C.J., Castelli, K.L., Marks, D.J., & Halperin, J.M. (2008). The impact of impairment criteria on rates of ADHD diagnoses in preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology 36*, 771-778. doi:10.1007/s10802-007-9209-1
- Herbert, S., Harvey, E., Roberts, J., Wichowski, K., & Lugo-Vandelas, C. (2013). A randomized controlled trial of a parent training and emotion socialization program for families of hyperactive preschool-age children. *Behavior Therapy, 44*(2), 302-316. doi: 10.1016/j.beth.2012.10.004

- Hutchings, J. (2012). Introducing, researching, and disseminating the Incredible Years programmes in Wales. *International Journal of Conflict and Violence*, 6(2), 225-233. doi: 0070-ijcv-2012261.
- Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., & Edwards, R. (2007). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: Pragmatic randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 334, 678-682. doi:10.1136/bmj.39126.620799.55
- Hutchings, J., Bywater, T., Williams, M., Lane, E., & Whitaker, C. (2012). Improvements in maternal depression as a mediator of child behavior change. *Scientific Research*, 3, 795-801. doi:10.4236/psych.2012.329120
- Hutchings, J., Gardner, F., & Lane, E. (2004). Making evidence based interventions work in clinical settings: Common and specific therapy factors and implementation fidelity. In C. Sutton, D. Utting & D. Farrington (Eds.), *Support from the Start: Working with young children and their families to reduce the risks of crime and antisocial behaviour* (Research Report No. 524). London: Department of Education and Skills.
- Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012). *Censos 2011: Resultados definitivos da zona Centro*. Lisboa: INE.
- Jones, K. (2008). *Early parent-based intervention for conduct problems and ADHD* (Unpublished doctoral dissertation). School of Psychology, Bangor University, Bangor.
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2007). Efficacy of the Incredible Years Basic parent training program as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: Care, Health and Development*, 33, 749-756. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00747.x
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., Eames, C. (2008). Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: Long-term follow-up. *Child: Care, Health and Development*, 34(3), 380-390. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00817.x
- Kaminski, J., Valle, A., Filene, J., & Boyle, C. (2008). A Meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589. doi: 10.1007/s10802-007-9201-9
- Kazdin, E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159. doi: 10.1037/0003-066X.63.3.146
- Kern, L., DuPaul, G. J., Volpe, R. J., Sokol, N. G., Lutz, J. G., Arbolino, L. A., ..., VanBrakle, J. D. (2007). Multi-setting assessment-based intervention for young children at risk for attention deficit hyperactivity disorder: Initial effects on academic and behavioral functioning. *School Psychology Review*, 36, 237-255. Retrieved from <http://www.nasponline.org/publications/spr/pdf/spr362kern.pdf>

- Koerting, J., Smith, E., Knowles, M. M., Latter, S., Elsey, H., McCann, D., ... Sonuga-Barke, E. J. (2013). Barriers to, and facilitators of, parenting programmes for childhood behaviour problems: a qualitative synthesis of studies of parents' and professionals' perceptions. *European Child and Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-013-0401-2
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Kipp, H., Ehrhardt, A., Lee, S., ... Massetti, G. (2004). Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at a 4-6 years of age. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2014-2020. Retirado de <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M., Handegard, B., & Mørch, W. (2008). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18(1), 42-52. doi: 10.1007/s00787-008-0702-z
- Lavigne, J. V., Gibbons, R. D., Christoffel, K. K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., ... Issacs, C. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204-214. doi:10.1097/00004583-199602000-00014
- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Hopkins, J., Gouze, K. R., & Binns, H. J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-old. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(3), 315-328. doi: 10.1080/15374410902851382
- Lee, P., Niew, W., Yang, H., Chen, V., & Lin, K. (2012). A meta-analysis of behavioural parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 2040-2049. doi: 10.1016/j.ridd.2012.05.011
- Major, S. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas* (Tese de doutoramento). Retirada de https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese_Sofia%20Major.pdf
- Marzocchi, G., Capron, C., Di Pietro, M., Tauleria, E., Duyme, M., Frigerio, A., ... Thérond, C. (2004). The use of Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13 (Suppl.2), ii40-ii46. doi: 10.1007/s00787-004-2007-1
- Matos, M., & Bauermeister, J., & Bernal, G. (2009). Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Family Process*, 48(2), 232-252. doi:10.1111/j.1545-5300.2009.01279.x
- Mendez, L., Ogg, J., Loker, T., & Fefer, S. (2013). Including parents in the continuum of school-based mental health services: A review of intervention program research from 1995 to 2010. *Journal of Applied School Psychology*, 29(1), 1-36, doi:10.1080/15377903.2012.725580

- McGoey, K., DuPaul, G., Eckert, T., Volpe, R., & Van Brackle, J. (2005). Outcomes of a multi-component intervention for preschool children at-risk for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child & Family Behavior Therapy, 27*, 33-56. doi: 10.1300/J019v27n01_03
- McIntyre, L. L. (2008). Parent training for young children with developmental disabilities: Randomized controlled trial. *American Journal on Mental Retardation, 113*(5), 356-368. doi: 10.1352/2008.113:356-368
- Menting, A.T., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 901-913. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.006>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2008). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults* (NICE clinical guideline No 72). London: NICE. Retirado de www.nice.org.uk/CG72
- Nigg, J. T., Goldsmith, H. H., & Sachek, J. (2004). Temperament and attention deficit hyperactivity disorder: The development of a multiple pathway model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 42-53. doi: 10.1207/S15374424JCCP3301_5
- O'Neill, D., McGilloway, S., Donnelly, M., Bywater, T., & Kelly, P. (2013). A cost-effectiveness analysis of the Incredible Years parenting programme in reducing childhood health inequalities. *The European Journal of Health Economics, 14*(1), 85-94. doi: 10.1007/s10198-011-0342-y
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Horta, B., Biederman, J., & Rohde, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry, 164*, 942-948. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.942
- Posner, K., Melvin, G. A., Murray, D. W., Gugga, S. S., Fisher, P., Skrobala, A., ... Greenhill, L. (2007). Clinical presentation of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: The preschoolers with attention-deficit/hyperactivity treatment study (PATS). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 17*(5), 547-562. doi:10.1089/cap.2007.007
- Posthumus, J., Raaijmakers, M., Maassen, G., Engeland, H., & Matthys, W. (2011). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child and Psychology, 40*(4), 487-500. doi:10.1007/s10802-011-9580-9
- Raaijmakers, M. A. J. (2008). Aggressive behavior in preschool children: Neuropsychological correlates, costs of service use, and preventive efforts. (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2008-1016-201216/UUindex.html>
- Rajwan, E., Chacko, A., & Moeller, M. (2012). Nonpharmacological interventions for preschool ADHD: State of the evidence and implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 520-526. doi: 10.1037/a0028812

- Reid, M.J., Webster-Stratton, C., & Baydar, N. (2004). Halting the development of conduct problems in head start children: The effects of parent training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 279-291. doi:10.1207/s15374424jccp3302_10
- Reinhardt, M. C., & Reinhardt, C. A. (2013). Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro), 89*(2), 124-130 doi: 10.1016/j.jped.2013.03.015
- Rodrigo, M. (2010). Promoting positive parenting in Europe: New challenges for the European society for developmental psychology. *European Journal of Development Psychology, 7*(3), 281-294. doi: 10.1080/17405621003780200
- Rodrigo, M., Almeida, A., Spiel, C., & Koops, W. (2012). Introduction: Evidence-based parent education programmes to promote positive parenting. *European Journal of Developmental Psychology, 9*(1), 2-10. doi:10.1080/17405629.2011.631282
- Roskam, I., Stiévenart, M., Meunier, J., Van de Moortele, G., Kinoo, P., & Nassogne, M. (2010). Comment les parents, les enseignants et les cliniciens évaluent les troubles du comportement externalisé du jeune enfant? Étude de la variabilité des jugements évaluatifs et de son impact sur le développement de l'enfant. *Pratiques Psychologiques, 16*, 389-401. doi:10.1016/j.prps.2009.06.001
- Rothenberger, A., & Rothenberger, L. G. (2012). Updates on treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: Facts, comments and ethical considerations. *Current Treatment Options in Neurology, 14*, 594-607. doi 10.1007/s11940-012-0197-2
- Sanders, M., Bor, W., & Norawska, A. (2007). Maintenance of treatment gains: A comparison of enhanced, standard, and self-directed Triple P-positive parenting programme. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(6), 983-998. doi:10.1007/s10802-007-9148-x
- Sayal, K., Daley, D., James, M., Yang, M., Batty, M., Taylor, J.,...Hollis, C. (2012). Protocol evaluating the effectiveness of a school-based group program for parents of children at risk of ADHD: The 'PArents, Teachers and CHildren WORKing Together (PATCHWORK)' cluster RCT protocol. *British Medical Journal Open, 2*: e001783. doi:10.1136/bmjopen-2012-001783
- Sayal, K., Hornsey, H., Warren, S., MacDiarmid, F., & Taylor, E. (2006). Identification of children at risk of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A school-based intervention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*(10), 806-813. doi: 10.1007/s00127-006-0100-0
- Schulz, K., Douglas, & G. David, M. for the CONSORT Group (2010). CONSORT 2010 Statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *British Medical Journal, 340*, 698-702. doi: 10.1136/bmj.c332
- Scott, S., & Dadds, M. (2009) Practitioner review: When parent training doesn't work: Theory-driven clinical strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(12), 1441-1450. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02161.x
- Seabra-Santos, M., & Gaspar, M. F. (2008). The Webster-Stratton "Incredible Years" (IY) Basic Parenting Programme: Parental satisfaction in a community group of Portuguese parents. In C. Canali, T.

- Vecchiato & J. Whittaker (Eds.), *Assessing the "Evidence-base" of Intervention for Vulnerable Children and their Families* (pp. 571-573). Padova: Fondazione Emanuela Zancan onlus.
- Seabra-Santos, M. J. & Gaspar, M. F. (2012). Pais, educadores e testes: Estão de acordo na avaliação de aptidões de crianças pré-escolares? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 203-211.
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T. C., & Pimentel, M. (2011). "Incredible Years" Parent Training Program in ADHD: Parents attendance and satisfaction. *ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 3, 168-169.
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T., & Leitão, S. (2012, Março). *Developing and researching the Incredible Years programs in Portugal*. Paper presented at the Center for Evidence Based Early Intervention Annual Conference 2012 "Supporting Parents, Children and Teachers: Research and practice", Cardiff. Retirado de <http://incredibleyears.com/programs/implementation/implementation-examples/>
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T., Leitão, S., Pimentel, M., & Major, S. (2013). *Protocolo de avaliação no âmbito do Projeto "Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: Eficácia de programas parentais e escolares (PTDC/PSI-PED/102556/2008)" - Versão de Investigação*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra. Retirado de <http://fpce.uc.pt/anosincriveis/protocolo.doc>
- Sonuga-Barke, E., Auerbach, J., Campbell, S. B., Daley, D., & Thompson, M. (2005). Varieties of preschool hyperactivity: Multiple pathways from risk to disorder. *Developmental Science*, 8(2), 141-150. doi: 10.1111/j.1467-7687.2005.00401
- Sonuga-Barke, E., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Danckaerts, M., Döpfner, M., Ferrin, M., Holtmann, M., & Van der Oord, S. (2013b). Response to Chronis-Tuscano et al. and Arns. *The American Journal of Psychiatry*, 170(7), 800-802. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13020208r
- Sonuga-Barke, E., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M.,... & Sergeant, J. (2013a). Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 275-289. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070991.
- Sonuga-Barke, E., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for pre-school attention deficit/hyperactivity disorder: A randomized controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 402-408. doi: 10.1097/00004583-200104000-000
- Sonuga-Barke, E., & Halperin, J. (2010). Developmental phenotypes and causal pathways in attention/hyperactivity disorder: Potential targets for early intervention? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 368-389. doi:10.1111/j.1469 7610.2009.02195.x

- Sonuga-Barke, E. J., Koerting, J., Smith, E., McCann, D.C., & Thompson, M. (2011). Early detection and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *11*(4), 557-63. doi: 10.1586/ern.11.39
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Pearson.
- Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Ayres, M., Le Poidevin, E., Mead, S.... Sonuga-Barke, E. (2009). A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programs for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *18*, 605-616. doi: 10.1007/s00787-009-0020-0
- Vale, V. M. (2011). *Tecer para não ter de remendar: O desenvolvimento socioemocional em idade pré-escolar e o programa Anos Incríveis para Educadores de Infância*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese não publicada), Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Webster-Stratton, C. (1985). The effects of father involvement in parent training for conduct problem children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *26*(5), 801-810. doi: 10.1111/j.1469-7610.1985.tb00593.x
- Webster-Stratton, C. (2001). *The parent and child series: A comprehensive course divided into four programs—Leaders' guide*. Seattle: The Incredible Years.
- Webster-Stratton, C. (2010). *Os Anos Incríveis: Guia de resolução de problemas para pais de crianças dos 2 aos 8 anos de idade* (M. I., Donnas Botto, Tradução; M. F. Gaspar & M. J. Seabra-Santos, Revisão científica). Braga: Psiquilibrios Edições (Original publicado em 2005)
- Webster-Stratton, C. (2011). *The Incredible Years Parents, Teachers, and Children's Training Series: Program content, methods, research and dissemination 1980-2011*. Seattle: Incredible Years Inc.
- Webster-Stratton, C., Gaspar, M., & Seabra-Santos, M. (2012). Incredible Years ® parent, teachers and children's series: Transportability to Portugal of early intervention programs for preventing conduct problems and promoting social and emotional competence. *Psychosocial Intervention*, *21*(2), 157-169. doi:10.5093/in2012a15
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 93-109. doi: 10.1037/0022-006X.65.1.93
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T., & Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 550-553. doi: 10.1037/0022-006X.57.4.550
- Webster-Stratton, C., Kolpacoff, M., & Hollinsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: Comparison with two cost-effective treatments and a control group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 558-566. Retirado de http://67.199.123.90/Library/items/self-administered-video-therapy_88.pdf

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2010). The Incredible Years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 194-210). New York: Guilford Publications.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T. P. (2011). Combining Parent and Child Training for Young Children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*, 1-13. doi: 10.1080/15374416.2011.546044

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T.P. (2013). One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 42*(2), 251-261. doi: 10.1080/15374416.2012.7232

ANEXOS

Anexo A

Exemplo de folha de “Princípios” elaborada no decurso de uma sessão AI



SESSÃO 5

EXEMPLOS DE COMPORTAMENTOS A ELOGIAR

(OS COMPORTAMENTOS QUE QUEREMOS VER MAIS VEZES):

- Ser carinhoso com a irmã (C.)
- Calçar os chinelos quando chega a casa (S.)
- Lavar a cara quando se levanta (S.)
- Estar mais tempo em tarefa (S.)
- Ir para a cama quando a mãe chama (C.)
- Comer alface / comida saudável (P.)
- Arrumar a roupa depois de se despir (P.)
- Estar sentado à refeição do início até ao fim (C.)
- Ser mais paciente, saber esperar pela sua vez nos jogos (J.)
- Falar mais baixo quando brincam (A.)

PRINCÍPIOS SOBRE O ELOGIO

- **PRINCÍPIO DO DAR E RECEBER** (S.) – Quando fazemos elogios também os recebemos de volta
- **PRINCÍPIO DA A.:** Somos uma referência para os nossos filhos
- **PRINCÍPIO SORRIR COM OS OLHOS** (C.) – O elogio faz a criança sorrir com os olhos
- **PRINCÍPIO ABRIR ESPAÇO PARA O ELOGIO** – Só podemos elogiar quando o comportamento já acontece (P.)

OUTRAS IDEIAS IMPORTANTES SOBRE O ELOGIO:

- É difícil elogiar quando estamos zangados com eles (S.)
- Quando elogiamos, a criança quer mostrar coisas novas / que consegue (C.)
- Quando eles rejeitam o elogio é porque não confiam neles próprios, devemos elogiar mais (S.)
- Elogiar na presença de outra pessoa aumenta o efeito (A.)

Anexo B

Questionário de Avaliação Semanal para pais

AVALIAÇÃO SEMANAL DA SESSÃO PELOS PAIS***Programa Anos Incríveis - Básico*****Nome:****Sessão:****Data:**

Para mim o conteúdo desta sessão foi:

de grande ajuda de alguma ajuda de pouca ajuda de nenhuma ajuda

Para mim os exemplos mostrados nas cenas do DVD foram:

de grande ajuda de alguma ajuda de pouca ajuda de nenhuma ajuda

Para mim as dramatizações (*role-play*) foram:

de grande ajuda de alguma ajuda de pouca ajuda de nenhuma ajuda

Para mim as orientações e opiniões dos dinamizadores do grupo foram:

de grande ajuda de alguma ajuda de pouca ajuda de nenhuma ajuda

Para mim a discussão no grupo foi:

de grande ajuda de alguma ajuda de pouca ajuda de nenhuma ajuda

Outras observações ou comentários:

Anexo C

Exemplos de itens do Questionário de Avaliação Final do Programa para pais

Questionário de avaliação da satisfação dos pais (Programa Incredible Years)

Este questionário faz parte da avaliação do Programa em que participou. É importante que responda o mais honestamente possível. A informação obtida vai ajudar-nos a avaliar e a melhorar continuamente o Programa oferecido. A sua colaboração é extremamente útil. Todas as respostas são inteiramente confidenciais.

A. PROGRAMA

Por favor assinale, com um **X**, a opção que expressa aquilo que honestamente sente:

1. O/s maior/es problema/s do meu filho/da minha filha que me levaram a frequentar este Programa neste momento está/ão:

Bastante piores Piores Um pouco piores Iguais Um pouco melhores Melhores
Bastante melhores

B. METODOLOGIAS DO PROGRAMA

DIFICULDADE

Nesta parte do questionário queríamos pedir-lhe a sua **opinião sobre a dificuldade que cada uma das metodologias utilizadas no Programa apresentou para si**. Por favor, assinale com um X a opção que mais claramente descreve a sua opinião:

1. Explicações e informações fornecidas pelos dinamizadores (por ex. quando o dinamizador explicou os Elogios ou o Tempo de Pausa)

Extremamente difícil Difícil Algo difícil Neutra Fácil Muito fácil Extremamente fácil

C. TÉCNICAS ESPECÍFICAS ENSINADAS

UTILIDADE

Nesta parte do questionário queríamos agora saber o qual **a utilidade que tem para si cada uma das técnicas ensinadas**. Por favor, assinale com um X a opção que mais claramente descreve a sua dificuldade.

1. Brincar

Totalmente inútil Inútil Algo inútil Indiferente Alguma utilidade Útil Bastante útil

D. AVALIAÇÃO DOS DINAMIZADORES

Pedimos-lhe agora que nos dê a sua opinião sobre cada um dos dinamizadores do Programa:

Nome do dinamizador:

1. Senti que o ensino desenvolvido pelo dinamizador foi:

Muito fraco Fraco Abaixo da média Na média Um pouco acima da média Bom
Muito Bom

E. GRUPO DE PAIS

1. Quanto ao apoio recebido pelo grupo sinto-me:

Totalmente insatisfeito Insatisfeito Um pouco insatisfeito Neutro Um pouco satisfeito
Satisfeito Totalmente satisfeito

F. A SUA OPINIÃO, POR FAVOR

1. Qual a parte do Programa foi mais útil para si?

Anexo D

Exemplos de itens do Questionário de Autoavaliação para o facilitador

GRUPO DE PAIS – ANOS INCRÍVEIS
Autoavaliação do facilitador e avaliação pelo cofacilitador

Carolyn Webster-Stratton, 2001
 (Tradução: M. Gaspar & M. Seabra-Santos)

Nome do facilitador: _____

Por favor comente as sessões de grupo de pais baseando-se nos seguintes critérios:

1. Capacidades do facilitador de estabelecimento/dinamização do grupo	Comentários
Estabelece relação com cada membro do grupo	
Encoraja todos os membros a participar	
Formula questões abertas para facilitar o debate	
Reforça as ideias dos pais e encoraja a Autoaprendizagem	

LEADER COLLABORATIVE PROCESS CHECKLIST

The Incredible Years Parents and Children Series.

Self-Study Guide and Videotapes for Learning Parent Group Leadership Skills

Carolyn Webster-Stratton, 2001

(Tradução: Maria Filomena Gaspar, 2005)

Esta grelha de avaliação tem como objetivo ser preenchida, em conjunto, pelos técnicos dinamizadores dos grupos de pais, a seguir a cada uma das sessões ou, também, na supervisão de uma filmagem de uma sessão. Permite identificar alvos específicos de mudança positiva que permitam aumentar a sua eficácia. Complementa a grelha de autoavaliação de cada sessão, a qual inclui o conteúdo a ser desenvolvido nessa sessão.

Autoavaliação (nome)

Avaliação pelo cofacilitador (nome)

Avaliação pelo supervisor (nome)

Data:

Respostas: S (sim) N (não) N/A (sem informação)

SET UP (CONTEXTO)

Os dinamizadores:

1. Colocaram as cadeiras em semi-círculo permitindo que todos vissem bem o ecrã da TV?
2. Sentaram-se em locais separados no círculo em vez de se colocarem os dois à frente do grupo?
3. Escreveram o sumário da sessão no quadro?
4. Tinham as atividades de casa da última semana prontas para darem aos pais e com reconhecimento e encorajamento escritos nelas?

Anexo E

Exemplo de um Inventário de Objetivos da Sessão para o Facilitador

Anexo F

Informação adicional relativa aos Instrumentos utilizados na investigação¹

¹ Informação que consta no Protocolo de Avaliação do Projeto *Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: Eficácia de programas parentais e escolares* (<http://fpce.uc.pt/anosincriveis/protocolo.doc>) e que se refere à amostra deste estudo

1. Dados Sociodemográficos e Ficha de Anamnese

1.1. Questionário de Dados Sociodemográficos

Este questionário, elaborado com base na *Incredible Years Demographic Form* (<http://incredibleyears.com/resources/gl/measures-and-forms>), inclui dados sociodemográficos tais como a idade dos progenitores, estado civil, habilitações literárias, estatuto socioeconómico ou elementos que constituem o agregado familiar. No presente estudo, o estatuto socioeconómico foi definido tendo por base uma classificação estandardizada desenvolvida para a população portuguesa, que tem em consideração três categorias: baixa (por exemplo, trabalhadores não diferenciados; indústria, transportes, trabalhadores agrícolas); média (por exemplo, técnicos intermédios; administrativos); e alta (por exemplo, empresários, gestores, profissionais científicos e intelectuais). Com base nesta classificação, o NSE foi definido tendo em conta a categoria profissional mais alta e o nível educacional de ambos os pais (Almeida, 1998).

1.2. Ficha de Anamnese

Documento desenvolvido com o objetivo de recolher informação acerca da história clínica e de desenvolvimento da criança. A informação é recolhida através de uma entrevista semiestruturada feita com os pais da criança, onde são explorados dados sobre o seu desenvolvimento psicomotor e emocional, fatores de risco durante a gravidez, questões de saúde da criança e de outros elementos da família, existência ou não de sinalização prévia de dificuldades comportamentais por parte do contexto educativo, entre outros aspetos considerados pertinentes para o desenvolvimento infantil. Permite também o estabelecimento da relação entre o entrevistador e os pais, possibilitando-lhes abordarem as principais preocupações que têm com os filhos antes de lhes ser pedido que preencham os questionários que constituem o protocolo de avaliação.

2. Avaliação dos comportamentos da criança através de outros informadores (pais, educadores): Questionários e Entrevistas

2.1. Questionário de Capacidades e Dificuldades, Versão para pais 3/4 e versão para Professores 3/4 ([SDQ] *Strengths and Difficulties Questionnaire*; Goodman, 2001; Versão Portuguesa de Fleitlich et al., 2005)

O Questionário de Capacidades e Dificuldades é um questionário de despiste comportamental, com 25 itens e um suplemento de impacto, aplicável a crianças com idades

compreendidas entre os 3 e os 16 anos. Pode ser aplicado a pais, educadores e professores. Existe ainda uma versão de autorrelato, a ser preenchida por jovens entre os 11 e os 16 anos.

Avalia a ocorrência de determinados comportamentos que têm sido associados aos problemas de comportamento, hiperatividade, sintomas emocionais e problemas na relação com os pares. A frequência dos comportamentos é assinalada numa escala de tipo *Likert* que varia entre “Não é verdade”, “É um pouco verdade” e “É muito verdade”. O resultado total (Escala Total de Dificuldades da Criança) obtém-se através do somatório de todos os itens com exceção dos que constituem a Escala Pró-Social (mínimo 0 e máximo 40). Os resultados de cada uma das subescalas (Sintomas Emocionais; Problemas de Comportamento; Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com os Outros) são obtidos pelo somatório dos valores dos 5 itens de cada uma delas, podendo ser interpretados como normais, limítrofes e anormais, tendo por base os valores estandardizados (mínimo 0 e máximo 10, para casa subescala).

O Suplemento de Impacto é dirigido aos pais e professores/educadores e nele são colocadas questões acerca da cronicidade do problema; nível de stress por ele provocado, ajustamento social da criança; e sobrecarga que esse problema implica para as outras pessoas.

Este questionário tem sido utilizado em diversas investigações na área dos problemas de comportamento externalizante (e.g., Jones et al., 2007; Lakes et al., 2011) e demonstra boa consistência interna (alfa de *Cronbach* de .73) e boa fiabilidade teste-reteste (de $r = .62$). Pontuações elevadas neste questionário parecem ser discriminativas de maior risco psiquiátrico (Goodman, 2001). Em Portugal, este questionário foi traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar (2005) e tem sido utilizado em alguns estudos com amostras não clínicas e clínicas de idade pré-escolar (Santos, 2011; Silva, 2009; Silva, 2008), assim como em idade escolar (Marzocchi et al., 2004). Existem normas, não publicadas (Gaspar, submetido), para as versões pais e educadores/professores. Evidencia boas características psicométricas com coeficientes alfa de *Cronbach* a variarem entre .60 e .70 para o SDQ versão Pais e entre .65 e .85 para a versão Educadores/Professores (Abreu-Lima et al., 2010).

No nosso estudo utilizámos a versão para Pais 3/4 e a versão para Professores 3/4. A consistência interna para o SDQ versão educadores foi de .79 para a escala de Hiperatividade e .85 para a de Problemas de Comportamento. No questionário dos pais, a consistência interna foi de .64 para a escala de Hiperatividade e de .46 para a escala de Problemas de Comportamento.

2.2. Escala de Atividade Werry-Weiss-Peters ([WWPAS] Werry-Weiss-Peters Activity Rating Scale; Routh, 1978; Tradução Portuguesa de Azevedo, Seabra-Santos & Gaspar, 2008)

A Escala de Atividade WWPAS é um inventário de heterorresposta, com 27 itens, que avalia o nível de atividade da criança em contexto familiar em diversas situações do dia a dia

(e.g., durante as refeições, a ver televisão, a desenhar, a brincar, a dormir, fora de casa). A frequência dos comportamentos pode ser assinalada numa escala de tipo *Likert* que varia entre 0 “Não ou raramente”, 1 “Sim, algumas vezes” e 2 “Sim, muitas vezes”. O resultado total (medida geral de hiperatividade) obtém-se através do somatório de todos os itens (mínimo 0 e máximo 54). Existem ainda, dois itens adicionais, relativos à existência de acidentes e procura de cuidados médicos, que podem ser respondidos de acordo com duas opções: “Sim” ou “Não”. Esta escala tem sido utilizada em diversas investigações na área dos problemas de comportamento, nomeadamente da PH/DA em idade pré-escolar (e.g., Eyberg et al., 2001; Hutchinson et al., 2001; Sonuga-Barke et al., 2001; Thompson et al., 2009). O WWPAS demonstrou boa fiabilidade teste-reteste ($r = .85$) (Thompson et al., 2009) e parece ser preditivo de um diagnóstico clínico (Sonuga-Barke et al., 1994). Em Portugal tem sido utilizado em alguns estudos com amostras não clínicas de idade pré-escolar (Almeida, 2009; Eugénio, 2011) e com amostras clínicas de idade escolar (Almeida, 2009). Nesses estudos os coeficientes alfa de *Cronbach* variaram entre .87 (Eugénio, 2011) e .91 (Almeida, 2009). Para a nossa amostra, a consistência interna foi de .88. Neste estudo utilizámos um ponto de corte situado no percentil 80, correspondente a um valor total do questionário de 21 pontos, de acordo com os dados normativos do estudo de Eugénio (2011).

2.2. Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar - 2 (ECIP-2) ([PKBS-2] *Preschool and Kindergarten Behavior Scales - Second Edition*; Merrell, 2002; Versão Portuguesa de Major, 2011]

As Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar - 2 são a versão portuguesa das *Preschool and Kindergarten Behavior Scales - 2nd Edition*, um inventário do comportamento que pode ser utilizado com crianças dos 3 aos 6 anos de idade, focalizando-se em aptidões sociais e problemas de comportamento manifestados em casa e em contexto escolar. Podem ser preenchidas por pais e educadores e apresentam-se em quatro páginas, sendo a primeira relativa à recolha de informação sociodemográfica e instruções de preenchimento, a segunda à escala de Aptidões Sociais e as duas últimas à escala de Problemas de Comportamento (Major, 2011).

São compostas por 80 itens divididos por duas escalas: Aptidões Sociais (34 itens) e Problemas de Comportamento (46 itens). A escala de Aptidões Sociais subdivide-se em três subescalas: Cooperação/Ajustamento Social (12 itens); Interação Social/Empatia (10 itens) e Independência Social/Assertividade (13 itens). Por sua vez, a escala de Problemas do Comportamento subdivide-se em duas subescalas: Problemas Exteriorizados e Interiorizados. A primeira inclui 29 itens que descrevem comportamentos disruptivos, fora de controlo ou excesso de atividade, distribuídos por três subescalas suplementares: Oposição/Explosivo

(inclui 9 itens que refletem comportamentos instáveis, irrefletidos e imprevisíveis); Excesso de Atividade/Desatenção (inclui 8 itens relacionados com comportamentos impulsivos, impacientes, inquietos, barulhentos e de atividade excessiva); Antissocial/Agressivo (inclui 12 itens que descrevem comportamentos de intimidação e dano/ofensa a outros). Quanto à escala de Problemas Interiorizados, ela inclui 17 itens associados a problemas de comportamento de caráter emocional e que se distribuem por duas subescalas adicionais: Isolamento Social (inclui 8 itens referentes a padrões comportamentais de evitamento e isolamento de outras crianças) e Ansiedade/Queixas Somáticas (inclui 9 itens indicadores de um padrão de comportamento medroso, tenso e ansioso, que poderá ser acompanhado de vários sintomas físicos como dores abdominais ou de outro tipo, ou doença, para os quais não existe causa física aparente).

Os itens são cotados em referência à observação do comportamento da criança nos últimos 3 meses, com recurso a uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos: 0 (“*Nunca*”), 1 (“*Raramente*”), 2 (“*Às vezes*”) e 3 (“*Muitas vezes*”) (Merrell, 2002) e o resultado de cada uma das escalas (aptidões sociais e duas subescalas de problemas de comportamento) obtém-se através do somatório de todos os itens cujos valores brutos são depois convertidos em resultados padronizados, percentis e níveis de risco (Major, 2011).

Na sua versão original, as PKBS-2 apresentam uma consistência interna muito elevada (com valores dos coeficientes alfa para os resultados totais situados num intervalo de .93 a .97 e para as várias subescalas de Aptidões Sociais e Problemas de Comportamento situados entre .80 e .90) e valores teste-reteste para os resultados totais situados entre .86 (reteste a três semanas) e .78 (reteste a três meses) para os problemas de comportamento, e entre .58 e .69 para as aptidões sociais, respetivamente. Têm sido utilizadas em estudos internacionais com pré-escolares com problemas de comportamento (e.g., Carney & Merrell, 2005; Herrera & Little, 2005; McGoey et al., 2005; Perry, Dunne, McFadden, & Campbell, 2008).

Em Portugal, este inventário foi traduzido e adaptado por Major (2011), evidenciando boas características psicométricas com coeficientes alfas de *Cronbach* a variaram entre .88 e .97 para os resultados totais das escalas de Aptidões Sociais e de Problemas de Comportamento, e entre .76 e .97 para as várias subescalas (Major & Seabra-Santos, 2011). Os diversos estudos de evidência de validade reforçam o bom funcionamento das ECIP-2, quer através de procedimentos de análise fatorial exploratória e confirmatória, quer da relação entre subescalas. A evidência de validade e utilidade das ECIP-2 é, igualmente, reforçada através dos resultados dos estudos de validade convergente (e.g., SDQ) e discriminante (e.g., WPPSI-R) e estudos realizados com grupos clínicos/especiais (crianças sinalizadas por suspeita de problemas de comportamento ou com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo) (Major, 2011).

No presente estudo, foram utilizadas a Escala de Aptidões Sociais e as três subescalas da Escala de Problemas de Comportamento Externalizante. Na versão para pais os valores alfa variaram entre .88 para a Escala de Aptidões Sociais e .74, .88 e .75 para as subescalas Excesso de Atividade/Desatenção, Antisocial/Agressivo e Opositivo/Explosivo, respetivamente. Na versão para educadores, os valores alfa foram de .90 para a Escala de Aptidões Sociais e .91, .94 e .91 para as subescalas Excesso de Atividade/Desatenção, Antisocial/Agressivo e Opositivo/Explosivo, respetivamente.

2.3. Guião de Entrevista semiestruturada *Parental Account of Children's Symptoms*: Versão para idade pré-escolar ([PACS]; Taylor et al., 1986; Tradução Portuguesa da PACS para idade pré-escolar de Azevedo, Seabra-Santos, & Gaspar, 2008)

A PACS é uma entrevista clínica estandardizada e semiestruturada, que permite avaliar os problemas de comportamento da criança, tal como são percebidos pelos pais/cuidadores em casa (Taylor et al., 1986). A versão para a idade pré-escolar utilizada neste estudo foi desenvolvida por Sonuga-Barke e colaboradores (1994) e é composta por duas subescalas: uma que avalia a Hiperatividade (HYP) (e.g., a atenção, a capacidade de se manter em tarefa, a inquietude e o nível de atividade em diferentes situações); e outra para avaliar os Problemas de Comportamento (CP) (e.g., comportamentos de oposição, birras, mentir, tirar algo que não lhe pertence, estragar ou sujar algo propositadamente) (Taylor et al., 1986). É pedido aos pais que descrevam de forma pormenorizada o que a criança faz em determinada situação, em dois momentos distintos: na última semana e nos últimos seis meses. Os entrevistadores treinados devem classificar as respostas dos pais (em relação à sua gravidade e frequência) de acordo com as definições e os critérios de comportamentos predefinidos (Silva, 2010; Taylor et al., 1986). A entrevista é constituída por 30 itens que podem ser cotados numa escala de 0 a 3 pontos ou de 0 a 4 pontos. Calcula-se um resultado total por subescala, que é igual ao somatório das classificações dos 28 itens nos últimos seis meses (entre 0 a 37 na subescala HYP e entre 0 a 54 na subescala CP). A PACS tem sido utilizada em diversos estudos internacionais de triagem de situações de risco e de avaliação da eficácia de tratamentos na área dos problemas externalizantes em idade pré-escolar, nomeadamente da PH/DA (e.g., Keown, 2010; Salmi, 2008; Scott et al., 2009; Sonuga et al., 1994; Sonuga-Barke, Thompson, Daley, & Laver-Bradbury, 2004; Thompson et al., 2009). O estudo de Taylor e colaboradores (1986) demonstrou que a PACS tem boas qualidades psicométricas: elevada fiabilidade intercotadores (entre .92 e .98 para a subescala HYP e entre .89 a .95 para a subescala CP) e boa consistência interna (alfa de Cronbach de .89 para a subescala HYP e .87 para a subescala CP). Os estudos com a versão da PACS para idade pré-escolar são indicativos de elevada fiabilidade intercotadores (entre .92 e .98), boa estabilidade teste-reteste (.78 para a HYP e .62 para a CP) (Sonuga-Barke et al., 1994)

e poder discriminativo entre problemas clínicos e não clínicos (Sonuga-Barke et al., 2001). Um estudo exploratório com uma amostra portuguesa comunitária de idade pré-escolar revelou elevado acordo intercotadores (.94 para a subescala HYP e .98 para a subescala CP); alfa de *Cronbach* de .64 para a subescala de HYP e de .71 para a subescala CP; e boa validade discriminante entre populações clínicas e não clínicas. Para a nossa amostra, a consistência interna foi de .61 para a subescala de HYP e de .70 para a subescala de CP. Neste estudo utilizámos como ponto de corte um valor de 16 pontos (Thompson et al., 2009) de acordo com os estudos ingleses semelhantes.

3. Avaliação de variáveis parentais: Questionários de autorresposta

3.1. Escala de Sentido de Competência Parental ([PSOC] *Parenting Sense of Competence Scale*; Johnston & Mash, 1989; [versão original de Guibaud-Wallston & Wandersman, 1978]; Tradução Portuguesa de Seabra-Santos & Pimentel, 2007)

A PSOC é uma escala de autorresposta constituída por 17 itens, que avalia a autoestima parental, através de dois fatores: a satisfação, dimensão afetiva que se refere à frustração, ansiedade e motivação no desempenho do papel parental; e a eficácia, dimensão mais instrumental, que se refere à competência, habilidade na resolução de problemas e à capacidade no exercício do papel parental (Johnston & Mash, 1989). Os itens são assinalados numa escala de tipo *Likert* que varia entre 1 = “Discordo totalmente” e 5 = “Concordo totalmente”. O resultado total obtém-se através do somatório dos primeiros 16 itens (mínimo 16 e máximo 80), no entanto, podem calcular-se também dois resultados parciais, correspondentes a cada uma das subescalas: Satisfação (nove itens, mínimo 9 e máximo 45) e Eficácia (sete itens, mínimo 7 e máximo 35) (Johnston & Mash, 1989). Alguns itens são invertidos, pelo que, um resultado alto é indicativo de um sentido de competência parental elevado (Eugénio, 2011). Esta escala tem sido utilizada em diversas investigações internacionais na área dos problemas de comportamento externalizante em idade pré-escolar (e.g., Bor et al., 2002; Cunningham & Boyle, 2002; Feinfeld & Baker, 2004; Markie-Dadds & Sanders, 2006; Sonuga-Barke et al., 2001; Sonuga-Barke et al., 2002; Sonuga-Barke et al., 2004). No estudo de análise das características psicométricas da PSOC de Johnston e Mash (1989), esta escala revelou boa consistência interna (alfa de *Cronbach* de .79 para a escala total, .75 para a subescala satisfação e .76 para a subescala eficácia) e uma correlação negativa com os problemas internalizantes e externalizantes do *Child Behaviour Checklist* (Johnston & Mash, 1989). Em Portugal a PSOC tem sido utilizado em alguns estudos exploratórios com amostras da comunidade em idade pré-escolar (Antunes, 2010; Eugénio, 2011; Martins, 2010) e com amostras clínicas em idade escolar (Pimentel, 2008). Nesses estudos os coeficientes alfa de *Cronbach* variam entre .73 e .78. Na nossa amostra a consistência interna varia entre .61 e .81.

3.2. Escala de Estilos Parentais ([PS] *Parenting Scale*, Arnold et al., 1993; Tradução Portuguesa de Gaspar, 2007)

A Escala de Estilos Parentais é um questionário constituído por 30 itens, utilizado para avaliar a forma como os pais recorrem a práticas disciplinares disfuncionais, devendo estes indicar como se comportam em diferentes situações que envolvem disciplinar os seus filhos. Contém três subescalas: (1) Laxismo, com 11 itens relacionados com a forma como os pais desistem ou falham no estabelecimento de regras ou atribuem consequências positivas aos maus comportamentos da criança; (2) Sobrerreatividade, com 10 itens que dizem respeito ao grau em que as práticas parentais são caracterizadas pela exibição de comportamentos de raiva e irritabilidade; (3) Verbosidade, com 7 itens que dizem respeito à emissão pelos pais de longas respostas verbais, mesmo quando estas parecem ser ineficazes (Arnold et. al, 1993).

Para cada item, os pais devem escolher numa escala de *Likert* de 7 pontos, em que a pontuação 7 representa sempre o comportamento mais ineficaz (nalguns casos, após a inversão do item). Permite-nos obter uma pontuação total (calculada através da soma de todos os itens e sua média) e uma pontuação por fator (média da soma dos itens que constituem cada fator).

Na sua versão original, esta escala tem sido utilizada com populações clínicas (Bor et al., 2002; Harvey, Danforth, Ulaszek, & Eberhardt, 2001; Keown & Woodward, 2002) e não clínicas, sendo uma boa medida de discriminação entre pais destas duas populações. Apresenta valores alfa de *Cronbach* indicativos de uma consistência interna moderada (.84 para a escala total; .83 para a subescala Laxismo; .82 para a subescala Sobrerreatividade; e .63 para a subescala Verbosidade).

No nosso país não existem ainda estudos publicados sobre os dados obtidos com a população portuguesa, tendo sido utilizado em alguns estudos com amostras não clínicas de idade pré-escolar (Antunes, 2010; Martins, 2010). Nesses estudos os coeficientes alfa de *Cronbach* variaram entre .67 para a escala total; .75 para a subescala Laxismo ; .63 para a subescala Sobrerreatividade e .41 para a subescala Verbosidade. No presente estudo, os valores alfa de *Cronbach* variaram entre .74 para a Escala Total e .52, .64 e .74 para as subescalas Verbosidade, Sobrerreatividade e Laxismo, respetivamente.

3.3. Escala de Stresse de Vida do Índice de Stresse Parental ([PSI] *Parenting Stress Index*, Abidin, 1983; Versão Portuguesa de Santos, 1992)

O Índice de Stresse Parental é um questionário com 108 itens para aplicação a pais, que tem como objetivo fornecer uma medida da magnitude relativa de stresse no sistema pais-criança (Santos, 1992). Permite avaliar dois domínios principais de fontes de stresse na relação pais-filhos: as características da criança (domínio da criança) e as características da figura

parental (Domínio dos Pais). Cada Domínio, cotado numa escala de 0 a 5 pontos, integra diversas subescalas, as quais possibilitam a identificação de fontes específicas de stresse. Enquanto as subescalas do Domínio da Criança avaliam aspetos do temperamento da criança e as perceções que os pais têm do impacto das características da criança neles próprios, as subescalas do Domínio dos Pais avaliam algumas das características pessoais dos pais e determinadas variáveis do contexto familiar.

Inclui ainda uma escala de Stresse de Vida que, através de uma lista de situações de vida potencialmente causadoras de stresse (e.g. desemprego no último ano; divórcio; dívidas) fornece um indicador da quantidade de stresse, externo à relação mão/pai-criança, que está a ser vivenciada pela figura parental. Esta subescala, que engloba 24 itens, foi a utilizada no nosso trabalho. Resultados elevados (nesta escala) tendem a intensificar o total de stresse que a mãe/pai experienciam (Abidin & Santos, 2003). O resultado desta escala é independente dos outros resultados, devendo os pais assinalar se a situação apresentada ocorreu ou não nos últimos 12 meses.

A adaptação portuguesa do PSI, para crianças em idade escolar (entre os 5 e os 10 anos), foi realizada por Santos, em coautoria com Richard Abidin (1992). Nesta adaptação foram feitas algumas alterações à escala original, nomeadamente ao nível da aplicação, das instruções e da escala de stresse de vida, que passou a ser de resposta obrigatória. Este instrumento tem sido utilizado em alguns estudos com crianças pré-escolares e escolares com problemas de comportamento no nosso país (e.g. Pimentel, Santos, Santos, & Vale, 2011; Santos, 2008) e também internacionalmente (Larsson et al., 2009; Stewart-Brown et al., 2004).

3.4. Inventário da Depressão de Beck ([BDI]; *Beck Depression Inventory*; Beck et al., 1961; Versão Portuguesa de Vaz Serra & Pio Abreu, 1973)

O Inventário da Depressão de Beck é um inventário de autorresposta com 21 itens que avalia a presença de sintomatologia depressiva em adolescentes e adultos (Beck & Steer, 1993). Os sujeitos assinalam a intensidade dos sintomas depressivos numa escala de 0 (ausência de sintomatologia; e.g. *Não me sinto triste*) a 3 (sintomatologia severa; e.g. *Estou tão triste que não consigo suportar*), de acordo com a forma como se sentiram durante a última semana, obtendo-se uma pontuação total através do somatório de todos os itens (pontuação que pode variar entre 0 e 63). Para além desta pontuação global, a cotação do instrumento permite ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada da seguinte forma: 1) *sem sintomas depressivos*: 0-9; 2) *sintomas depressivos leves*: 17-19; 3) *sintomas depressivos moderados*: 20-29; e 4) *sintomas depressivos graves*: pontuação global superior a 30.

Apresenta uma boa consistência interna (alfa = .81), fiabilidade teste-reteste moderada a alta (de .60 a .90) e boa validade discriminante entre populações clínicas e não clínicas. Em

Portugal, a versão original deste questionário foi traduzida e adaptada por Vaz Serra & Pio Abreu (1973), apresentando boas características psicométricas. Para o presente estudo a consistência interna foi de .89.

3.5. Escala de Avaliação da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção em Adultos ([AARS] *Adult AD/HD Rating Scale*; Barkley & Murphy, 1998; Tradução Portuguesa de Azevedo, Seabra-Santos & Gaspar, 2008)

A AARS é uma escala de autorresposta composta por 18 itens que avalia a presença dos sintomas da PH/DA nos adultos nos últimos seis meses, com base nos sintomas listados na DSM-IV. A AARS é constituída por duas subescalas: desatenção (nove itens) e impulsividade/hiperatividade (nove itens). Os sujeitos assinalam a intensidade dos sintomas numa escala tipo *Likert* de 0 (raramente) a 3 (frequentemente), obtendo-se uma pontuação total através do somatório de todos os itens e pontuações parciais, através do somatório dos itens que constituem cada uma das subescalas. Um resultado igual ou superior a nove sintomas carece de atenção clínica (Barkley & Murphy, 1998). Esta escala tem sido utilizada em algumas investigações internacionais que se interessam pela análise de variáveis parentais (e.g., a PH/DA parental como fator moderador do tratamento), no âmbito de estudos de crianças com problemas de comportamento, nomeadamente com sintomas de PH/DA (e.g., Sonuga-Barke et al., 2002; Psychogiou, Daley, Thompson, & Sonuga-Barke, 2007; Psychogiou et al., 2008; van den Hoofdakker et al., 2010). Relativamente às características psicométricas deste instrumento, têm sido apontados níveis satisfatórios de consistência interna e de correlação com escalas respondidas por cônjuges, pais e companheiros de casa (Barkley & Murphy, 1998; Murphy & Schachar, 2000). Foi realizado um estudo exploratório com uma amostra portuguesa de pais de crianças em idade escolar com e sem sintomas de PH/DA, que usou a AARS (Almeida, 2009). Nesse estudo, foram encontradas correlações positivas (entre .42 e .55) entre a presença de comportamentos característicos de PH/DA nas crianças (WWPAS) e a presença de comportamentos de hiperatividade nas mães em ambas as amostras. Para a nossa amostra, a consistência interna foi de .88.

4. Avaliação da satisfação com o programa Básico para Pais Anos Incríveis: Questionários.

4.1. Questionário de avaliação semanal do programa para pais (*Parent Programme Weekly Evaluation Form*; Webster-Stratton, 2001)

O questionário de avaliação semanal do programa para pais é uma medida breve, que pretende avaliar a satisfação dos pais no final de cada sessão em relação aos diferentes componentes do programa: conteúdo, *DVDs*, *role-play*, líderes do grupo e discussão no grupo.

Este questionário foi desenvolvido pela autora do programa (Webster-Stratton, 2001) e compreende uma escala de 1 a 4 pontos, sendo que uma pontuação mais elevada significa um maior nível de satisfação.

4.2. Questionário de avaliação final do programa para pais (*Incredible Years Parent Programme Satisfaction Questionnaire*; Webster-Stratton, 2001)

O questionário de avaliação final do programa para pais, desenvolvido pela autora do programa (Webster-Stratton, 2001), consiste num questionário exaustivo, cujo principal objetivo é avaliar a satisfação dos pais em relação ao programa Anos Incríveis em geral. De uma forma mais específica avalia: o programa em geral; grau de dificuldade e utilidade dos diferentes métodos utilizados (e.g., as explicações dadas por líderes do grupo, os *DVDs*, a discussão em grupo, os *role-plays*); o grau de dificuldade e utilidade das diferentes estratégias desenvolvidas ao longo do programa (e.g., o brincar, os elogios, o ignorar, as ordens, o tempo de pausa); as competências dos líderes do grupo; e o grupo de pais. Os pais autoavaliam o seu nível de satisfação numa escala de 1 a 7 pontos, uma pontuação mais elevada significa um maior nível de satisfação.

5. Observação dos comportamentos da mãe e da criança numa tarefa de interação filmada em laboratório

5.1. Sistema de Codificação da Interações Mãe/Pai-Criança ([DPICS] *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System*; Robinson & Eyberg, 1981)

Trata-se de uma medida de observação utilizada para avaliar a qualidade da interação da criança com os seus progenitores. Engloba categorias comportamentais distintas para pais e criança, que são codificadas como estando presentes ou ausentes a cada segmento de 5 minutos.

No presente estudo, foram apenas analisadas interações entre mãe e criança. Ambos foram observados durante cerca de 25 minutos enquanto brincavam com um conjunto de brinquedos, igual para todas as díades e em todos os momentos de avaliação. As interações foram codificadas por um observador independente.

De acordo com as investigações de Hutchings, Eade, Jones, & Bywater (2004) e de Webster-Stratton e colaboradores (2011), foram analisadas neste estudo duas categorias compósitas para a criança-alvo: (1) total de comportamentos de não obediência e disruptivos da criança (englobando as categorias: chorar; gritar; queixar; comportamentos físicos negativos; verbalizações desadequadas; comportamento destrutivo e comportamento de não obediência); (2) e comportamentos pró-sociais (incluindo as categorias toque físico; afeto positivo não verbal; e afeto positivo verbal). No presente estudo, os valores alfa de *Cronbach* para estas categorias foram de .80 e .56 respetivamente.

Relativamente aos comportamentos maternos, foram analisadas três categorias compósitas: (1) parentalidade positiva (incluindo elogio específico; elogio inespecífico; afeto positivo; toque físico positivo e resolução de problemas), com um valor alfa de *Cronbach* de .65; (2) total de críticas e ordens dadas na negativa, com um valor alfa de *Cronbach* de .68; (3) e comentários descritivos/coaching (englobando o total de afirmações descritivas; questões descritivas; afirmações reflexivas e questões reflexivas), com um valor alfa de *Cronbach* de .49.

Cada uma das interações válidas foi codificada por um observador independente (sem conhecimento da condição experimental de cada díade) e com treino específico na cotação desta tarefa. Para avaliar a fidelidade destas cotações, dois outros cotadores codificaram cerca de 20% das interações válidas, sendo a fidelidade calculada da seguinte forma: a razão entre o número de categorias cotadas da mesma forma e o número total de concordâncias mais as discordâncias; e os coeficientes intraclass. Os valores foram calculados para cada segmento de 5 minutos.

Tal como em estudos semelhantes, a percentagem média do acordo interavaliadores foi de 76% (e.g., Jones et al., 2007; Posthumus et al., 2011). As correlações intraclass foram de .97, .91 and .73 para as categorias Parentalidade Positiva, Total de Críticas e Coaching; e de .92 e .50 para as categorias Comportamentos Desviantes da criança e Comportamentos Pró-sociais da criança, respetivamente.

Referências Bibliográficas

- Abidin, R. R. (1983). *Parenting Stress Index - Manual*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R., & Santos, S. (2003). *Índice de Stress Parental – Manual*. Lisboa: CEGOC TEA.
- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M., & Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório* [Assessment of parental education interventions: Report]. Retrieved from http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF
- Almeida, A. S. (2009). *Contributo para a avaliação da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção: Avaliação de sintomas em crianças e nos seus progenitores*. Dissertação de Mestrado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (não publicada).
- Almeida, L. (1998). *Raciocínio diferencial na juventude Portuguesa: Avaliação, desenvolvimento e diferenciação*. Porto: National Institute of Scientific Research.
- Antunes, N. (2010). *A parentalidade e a criança: estudo exploratório sobre a relação entre estilos parentais, sentido de competência parental e o comportamento da criança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (não publicada).
- Arnold, D. S., O’Leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137–144. doi:10.1037/1040-3590.5.2.137. 12
- Barkley, R. A. & Murphy, K. R. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Clinical Workbook*. New York: Guilford.
- Beck, A. & Steer, R. (1993). *Beck Depression Inventory manual*. USA: The Psychological Corporation.

- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 53-63. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Bor, W., Sanders, M., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Programme on preschool children with cooccurring disruptive behaviour and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 571-587. doi: 10.1023/A:1020807613155
- Carney, A. G., & Merrell, K. W. (2005). Teacher ratings of young children with and without ADHD: Construct validity of two child behavior rating scales. *Assessment for Effective Intervention*, 30(3), 65-75. doi:10.1177/073724770503000305
- Cunningham, C., & Boyle, M. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioural correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 555-569. doi: 10.1023/A:1020855429085
- Eugénio, S. (2011). *Sentido de competência parental em mães/pais de crianças em idade pré-escolar*. Dissertação de Mestrado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (não publicada).
- Eyberg, S., Funderburk, B., Hembree-Kigin, T., McNeil, C., Querido, J., & Hood, K. (2001). Parent-child interaction therapy with behaviour problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behaviour Therapy*, 23, 1-20. doi: 10.1300/J019v23n04_01
- Feinfield, K., & Baker, B. (2004). Empirical support for a treatment programme for families of young children with externalizing problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 182-195. doi:10.1207/S15374424JCCP3301_17
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). *Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Port)* [Strengths and Difficulties Questionnaire, Portuguese Version]. Retrieved from www.sdqinfo.org.
- Gaspar, M. F. (submetido). *SDQ frequency distribution for Portuguese 3-6 year olds*.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345. doi: 10.1097/00004583-200111000-00015
- Guibaud-Wallston, J., & Wandersman, L. P. (1978, August). *Development and utility of the Parenting Sense of Competence Scale*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto.
- Harvey, E., Danforth, J. S., Ulaszek, W. R., & Eberhardt, T. L. (2001). Validity of the parenting scale for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39(6), 731-743. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00052-8
- Herrera, M., & Little, E. (2005). Behaviour problems across home and kindergarten in an Australian sample. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 5, 77-90. Acedido em http://www.newcastle.edu.au/jornal/ajedp
- Hutchings, J., Eade, J., Jones, K., & Bywater, T. (2004). *Protocol of Measures for the Evaluation of the Webster-Stratton Group Parenting Programme with Parents of 'at risk' preschool children in Sure Start centres across Wales*. Sure Start Parent Support Research Programme, University of Wales Bangor. Retrieved from http://incredible-years-wales-research.bangor.ac.uk/pdf
- Hutchinson, E., Pearson, D., Fitzgerald, C., Bateman, B., & Gant, C.,... Matthews, S. (2001). Can parents accurately perceive hyperactivity in their child? *Child: Care, Health and Development*, 27(3), 241-250. doi:10.1046/j.1365-2214.2001.00214.x
- Johnston, C., & Mash, E. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167-175. doi: 10.1207/s15374424jccp1802_8
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2007). Efficacy of the Incredible Years Basic parent training program as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: Care, Health and Development*, 33, 749-756. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00747.x
- Keown, L. (2010). Fathering and mothering of preschool boys with hyperactivity. *International Journal of Behavioural Development*, 35(2), 161-168. doi: 10.1177/0165025410380982

- Keown, L. J., & Woodward, L. (2002). Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 541-553. doi: 10.1023/A:1020803412247
- Lakes, K., Vargas, D., Riggs, M., Schmidt, J., & Baird, M. (2011). Parenting Intervention to Reduce Attention and Behavior Difficulties in Preschoolers: A CUIDAR Evaluation Study. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 648-659. doi: 10.1007/s10826-010-9440-1
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M., Handegard, B. & Morch, W. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child and adolescent psychiatry*, 18, 42-52. doi 10.1007/s00787-008-0702-z
- Major, S. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Major, S. & Seabra-Santos, M. J. (2011). Preschool and Kindergarten behavior scales – 2nd edition: Estudos de adaptação e validação para a população portuguesa. Trabalho apresentado em VIII Congresso Ibero-Americano de Avaliação/ Evaluación Psicológica/ XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, In Atas do VIII Congresso Ibero-Americano de Avaliação/ Evaluación Psicológica/ XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Lisboa
- Markie-Dadds, C., & Sanders, M. (2006). Self-Directed Triple P (positive parenting programme) for mothers with children at-risk of developing conduct problems. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(3), 259-275. doi:10.1017/S1352465806002797
- Martins, S. (2010). *O temperamento das crianças e os estilos e sentido de competência parentais*. Dissertação de Mestrado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (não publicada).
- Marzocchi, G., Capron, C., Di Pietro, M., Tauleria, E., Duyme, M., Frigerio, A., Gaspar, M., Hamilton, H., Pithon, G., Simões, A., & Thérond, C. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in the Southern European countries. *European Child and Adolescent Psychiatry (Suppl 2)*, 13, 40-46. doi: 10.1007/s00787-004-2007-1
- McGoey, K., DuPaul, G., Eckert, T., Volpe, R., & Brakle, J. (2005). Outcomes of a multi-component intervention for preschool children for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child & Family Behavior Therapy*, 27(1), 33-56.
- Merrell, K. W. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition*. Austin, TX: PRO-ED.
- Murphy, P., & Schachar, R. (2000). Use of self-ratings in assessment of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1156-1159. doi: 10.1176/appi.ajp.157.7.1156
- Perry, D., Dunne, M., McFadden, L., & Campbell, D. (2008). Reducing the risk for preschool expulsion: Mental health consultation for young children with challenging behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 17(1), 44-54. doi:10.1007/s10826-007-9140-7
- Pimentel, M. (2008). *Impacto da PH/DA em variáveis relacionadas com a parentalidade*. Dissertação de Mestrado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (não publicada).
- Pimentel, M., Vieira-Santos, S., Santos, V., & Vale, M. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behavior. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 3, 61-68. doi:10.1007/s12402-011-0053-3
- Posthumus, J., Raaijmakers, M., Maassen, G., van Engeland, H., & Matthys, M. (2011). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 487-500. doi: 10.1007/s10802-011-9580-9
- Psychogiou, L., Daley, D., Thompson, M., & Sonuga-Barke, E. (2007). Testing the interactive effect of parent and child ADHD on parenting in mothers and fathers: A further test of the similarity-fit hypothesis. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 419-433. doi:10.1348/026151006X170281

- Psychogiou, L., Daley, D., Thompson, M., & Sonuga-Barke, E. (2008). Do maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms exacerbate or ameliorate the negative effect of child attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms on parenting? *Development and Psychopathology, 20*, 121-137. doi: 10.1017/S0954579408000060
- Robinson, E., & Eyberg, S. (1981). The dyadic parent-child interaction coding system: Standardization and validation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 245-250. doi: 10.1037/0022-006X.49.2.245
- Routh, D. (1978). Hyperactivity. In P. Magrab (Ed.), *Psychological management of paediatric problems* (Vol. 2, pp. 3-8). Baltimore, MD: University Park Press.
- Salmi, E. (2008). *The family school: The impact of a group training programme on overactive hard-to-manage preschool children and their parents*. Åbo : Åbo Akademi University Press.
- Santos, S. (1992). Adaptação portuguesa, para crianças em idade escolar, do Parenting Stress Index (PSI): Resultados preliminares. *Revista Portuguesa de Psicologia, 28*, 115-132.
- Santos, S. (2008). Índice de Stress Parental (PSI). In A. Leandro, M. Simões, C. Machado, & M. Gonçalves (Eds.). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 2, 2ª ed., pp. 123-134). Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, T. (2011). Perceção de pais e educadoras sobre os problemas de externalização e internalização das crianças em idade pré-escolar. Tese de mestrado integrado em Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. Retirado de http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1986/1/DM_12841.pdf, em 13 de fevereiro de 2012.
- Scott, S., Sylva, K., Doolan, M., Price, J., Jacobs, B., Crook, C., & Landau, S. (2009). Randomised controlled trial of parent groups for child antisocial behaviour targeting multiple risk factors: the SPOKES project. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(1), 48-57. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02127.x
- Silva, C. (2010). *Estudo exploratório do Guião de Entrevista Semi-Estruturada PACS numa amostra da comunidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (não publicada).
- Silva, F. (2008). *Autonomia comportamental das crianças antes de ingressarem na escola primária. Comportamentos de autonomia e perturbação emocional e comportamental*. Dissertação de mestrado integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2143/1/22269_ulfp034848_tm.pdf, em 13 de fevereiro de 2012.
- Silva, M. (2009). *Comportamentos de autonomia nos anos pré-escolares na transição para a escolaridade obrigatória*. Dissertação de mestrado integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2143/1/22269_ulfp034848_tm.pdf, em 13 de fevereiro de 2012.
- Sonuga-Barke, E., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(6), 696-702. doi:10.1097/00004583-200206000-00009
- Sonuga-Barke, E., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention deficit/hyperactivity disorder: A randomized controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 402-408. doi: 10.1097/00004583-200104000-00008
- Sonuga-Barke, E., Lamparelli, M., Stevenson, J., Thompson, M., & Henry, A. (1994). Preschool behaviour problems and intellectual attainment: The associations of hyperactivity and conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 949-960. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb02304.x
- Sonuga-Barke, E., Thompson, M., Daley, D., & Laver-Bradbury, C. (2004). Parent training for attention deficit/hyperactivity disorder: Is it as effective when delivered as routine rather than as specialist care? *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 449-457. doi: 10.1348/0144665042388973

- Stewart-Brown, S., Patterson, J., Mockford, C., Barlow, J., Klimes, I. & Pyper, C. (2004). Impact of a general practice based group parenting programme: Quantitative and qualitative results from a controlled trial at 12 months. *Archives of Disabled Child*, *89*, 519–525. doi: 10.1136/adc.2003.028365
- Taylor, E., Schachar, R., Thorley, G., & Wiselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity I: Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, *146*, 770-777. doi: 10.1192/bjp.149.6.760
- Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Ayres, M., Le Poidevin, E., Mead, S.... Sonuga-Barke, E. (2009). A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programme for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *18*, 605–616. doi: 10.1007/s00787-009-0020-0
- van den Hoofdakker, B., Nauta, M., van der Veen-Mulders, L., Sytma, S., Emmelkamp, P., Minderaa, R., & Hoekstra, P. (2010). Behavioural Parent Training as an Adjunct to Routine Care in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Moderators of Treatment Response. *Journal of Paediatric Psychology*, *35*(3), 317–326. doi:10.1093/jpepsy/jsp060
- Vaz-Serra, A., & Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos I: Ensaio de aplicação do 'Inventário Depressivo de Beck' a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, *20*, 623-644.
- Webster-Stratton, C. (2001). *The parent and child series: A comprehensive course divided into four programmes – Leaders' guide*. Seattle: The Incredible Years.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T. P. (2011). Combining Parent and Child Training for Young Children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *40*, 1-13. doi: 10.1080/15374416.2011.546044

Anexo G

Exemplos dos primeiros itens dos Instrumentos de Avaliação utilizados

QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO

Gostaríamos que começasse por responder a algumas questões sobre si e a sua família. Pedimos desculpa se algumas das questões não se aplicar ao seu caso, mas é importante que façamos as mesmas perguntas a todas as pessoas. Por favor tente ser tão verdadeiro quanto possível nas suas respostas. Garantimos que todos os dados que entender prestar-nos permanecerão estritamente confidenciais.

1. IDENTIFICAÇÃO

1.a Nome da criança:.....
 Data de nascimento:
 Jardim de infância:

1.b Nome do/s adulto/s (que participa no grupo):
 Idade:

1.c Relação com a criança:

- Mãe biológica
- Pai biológico
- Companheiro(a) da mãe (pai) vivendo na casa com a criança
- Mãe adoptiva
- Pai adoptivo
- Mãe de acolhimento
- Pai de acolhimento
- Outro adulto (quem?)

1.d Que idade tinha quando o seu primeiro filho nasceu?

QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE

Datas das sessões: _____ e _____

Entrevistador: _____

Dados recolhidos com: Mãe ___ Pai ___ Outro _____

I - Identificação da Criança

1.Nome: _____

2.Data de Nascimento: _____ 3.Idade: _____

4.Instituição Escolar: _____

5.Meio de residência: urbano ___ rural _____

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

P 3/4

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha nos últimos seis meses.

Nome da criança

Masculino Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito Verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Versão Exclusiva para Investigação do WWP

Werry, 1968; Tradução portuguesa de A. Azevedo, M. Seabra-Santos e M. F. Gaspar (2008)

Instruções: Por favor responda às questões marcando com uma cruz uma das seguintes opções: Não ou raramente; Sim, algumas vezes; Sim, muitas vezes.

Por favor, responda com base no comportamento do/a seu/sua filho/a em diferentes situações. Não existem respostas certas ou erradas.

Não deixe nenhuma resposta em branco. Quando não tiver a certeza, responda de acordo com aquilo que lhe parecer melhor.

Por favor, responda a todos os itens e não assinale entre as classificações.

		Não ou raramente	Sim, algumas vezes	Sim, muitas vezes
1	Durante as refeições a criança levanta-se e senta-se da/à mesa?			
2	Durante as refeições a criança interrompe as conversas dos outros sem prestar atenção ao que estão a dizer ?			
3	Durante as refeições a criança remexe-se e torce-se?			
4	Durante as refeições a criança remexe em objetos?			
5	Quando está a ver televisão a criança levanta-se e senta-se?			

ECIP-2 (PKBS-2)

Escalas de Comportamento para a Idade Pré-escola (2ª edição)
Tradução e adaptação de Sofia Major sob orientação da Prof. Doutora Maria João Seabra-Santos (2007)

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO

Secção III. Instruções e Escalas

Por favor, classifique o comportamento da criança relativamente aos itens das páginas 2, 3 e 4 deste questionário.

As classificações devem ser baseadas na sua observação do comportamento da criança durante os últimos 3 meses. As pontuações relativamente a cada item surgem com o seguinte formato:

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
0	1	2	3

Por favor, responda a todos os itens e não assinale entre as classificações

Escala de Aptidões Sociais

**Versão exclusiva
para investigação**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas
1. Trabalha ou brinca de uma forma independente	0	1	2	3
2. É cooperante (colabora na realização de tarefas/atividades)	0	1	2	3
3. Sorri e dá gargalhadas com outras crianças	0	1	2	3
4. Brinca com várias crianças diferentes	0	1	2	3

**Versão Exclusiva para Investigação do Parent Account of Child Symptoms (PACS):
Entrevista Sistemática e Semi-Estruturada para Pais
(versão adaptada para o pré-escolar)**

Taylor, Sandberg, Thorley, & Gilles (1991); adaptação de Sonuga-Barke, Lamparelli, Stevenson, Thompson, & Henry (1994);
Tradução portuguesa de A. Azevedo, sob orientação das Prof. Doutoras M. J. Seabra-Santos e M. F. Gaspar (2008)

Data _____ Nome do entrevistado _____ Entrevistador _____

**Folha de Registo
ESCALA DE PH/DA**

1. Sono

- a. _____
b. _____
c. _____
d. _____
e. _____

(Notas: Nesta secção não considere cansaço durante o dia causado por ir tarde para a cama excepcionalmente; problemas em ir para a cama ou molhar a cama; ou acordar durante a noite, a não ser que esteja claramente relacionado com ansiedade causada por preocupações ou por medo do escuro).

- | | |
|--|---|
| -Nenhuma dificuldade a dormir | 0 |
| -Dificuldade ligeira ou duvidosa (ligeiro mal-estar, sem interferência nas atividades do dia) | 1 |
| -Dificuldade moderada (criança apresenta mal-estar e sofre interferência moderada nas atividades diárias, ex. levantar-se tarde por ter dormido pouco) | 2 |
| -Dificuldade grave (sofrimento severo, com marcada interferência nas atividades diárias) | 3 |
| -Situação não observada, não classificável ou dado omisso | 9 |

- f. _____
g. _____

- | | |
|---|---|
| -Sem dificuldades | 0 |
| -1 a 2 noites na semana | 1 |
| -3 a 4 noites na semana | 2 |
| -Mais de 5 noites na semana | 3 |
| -Situação não observada, não classificável ou dado omisso | 9 |

- h. _____
(Cote 0 se tiver ocorrido, mas menos de uma vez por semana)

Sentido de Competência Parental (versão exclusiva para investigação)

Johnston & Mash, 1989; Tradução e adaptação portuguesa de Seabra-Santos & Pimentel (2007)

Este é um questionário acerca das suas atitudes e sentimentos relacionados com o ser mãe/pai.

Por favor faça um círculo na resposta que está mais próxima da maneira como sente.

Note que não há respostas certas nem erradas..

Por favor, responda a todos os itens e não assinale entre as classificações.

	Concordo plenamente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
1. Os problemas relacionados com o cuidar de uma criança são fáceis de resolver, a partir do momento em que sabemos, tal como eu já sei, de que modo é que as nossas ações afetam a criança.					
2. Ainda que ser mãe/pai possa ser recompensador noutras ocasiões, com a idade que o meu filho (a minha filha) tem atualmente, sinto-me frustrada/o.					
3. Não sei bem porquê, mas às vezes, quando sei que devia ter o controlo da situação, sinto-me mais como se fosse eu a ser manipulada/o.					
4. Ser mãe/pai está dentro das minhas possibilidades e qualquer problema que surja facilmente se resolve.					

ESCALA DE ESTILOS PARENTAIS DE ARNOLD & O'LEARY

Tradução de M. F. Gaspar (2007)

*Todas as crianças têm momentos em que se portam mal ou fazem coisas que são perigosas, "erradas" ou de que os pais não gostam. Exemplos destas situações são: bater em alguém, esquecer-se dos trabalhos de casa, fazer uma birra, rabujar, atirar com a comida, mentir, responder mal, não arrumar as coisas, recusar ir para a cama ou vir para casa tarde. Os pais têm muitas maneiras ou estilos diferentes de lidar com estes tipos de problemas. Em baixo estão frases que descrevem algumas formas como os pais lidam com os seus filhos. Para cada questão, **encha o círculo que melhor descreve o seu estilo nos últimos dois meses e em relação ao seu filho/sua filha a quem este questionário diz respeito**. Considere o item exemplificativo para decidir onde assinalar a sua resposta.*

ITEM EXEMPLIFICATIVO

À hora das refeições

Eu deixo o meu filho/filha decidir quanto quer comer

0--0--0--0--0--0--0

Eu decido quanto é que meu filho/filha tem que comer

MODO DE ASSINALAR

Eu deixo o meu filho/filha decidir sempre
Metade das vezes decido eu

0--0--0--0--0--0--●

Eu decido sempre

●--0--0--0--0--0--0

e outra metade decide o meu filho/filha

0--0--0--●--0--0--0

A maior parte das vezes sou eu a decidir

0--0--0--0--0--●--0

A maior parte das vezes decide o meu filho 0--●--0--0--0--0--0

1. Quando o meu filho/filha se porta mal

Faço logo alguma coisa

0--0--0--0--0--0--0

Resolvo isso mais tarde

2. Antes de fazer alguma coisa face a um problema com o meu filho/a...

Dou ao meu filho/a vários avisos

0--0--0--0--0--0--0

Aviso uma vez

3. Quando estou em stresse ou aborrecido/a ...

Implico muito mais que o habitual com o meu filho/a

0--0--0--0--0--0--0

Não implico mais que o habitual

4. Quando digo ao meu filho/a para não fazer uma coisa ...

Digo-lhe muito poucas vezes

0--0--0--0--0--0--0

Digo-lhe muitas vezes

PSI

Abidin, 1983; Santos (1997)

Durante os **últimos doze meses** ocorreu na sua família próxima algum dos seguintes acontecimentos?

1(55). Mudança de residência.	SIM	NÃO
2(56). Promoção no emprego.	SIM	NÃO
3(57). Diminuição substancial do rendimento familiar.	SIM	NÃO
4(58). Problemas de droga e alcoolismo.	SIM	NÃO

ESCALA DE BECK DE AUTOAVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO

Isto é um questionário. É constituído por vários grupos de afirmações.

Em cada grupo escolha uma única afirmação.

A que melhor descreve a forma como se sente no momento atual.

INVENTÁRIO DEPRESSIVO

Não me sinto triste.....	....
Ando “neura” ou triste.....	....
Sinto-me “neura” ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.....	....
Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim.....	....
Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.....	....
Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro.....	....
Sinto-me com medo do futuro.....	....
Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.....	....
Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.....	....
Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.....	....
Não tenho a sensação de ter fracassado.....	....
Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.....	....
Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.....	....
Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto é uma quantidade de fracassos.....	....
Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher,...).....	....
Não me sinto descontente com nada em especial.....	....
Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo.....	....
Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.....	....
Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for.....	....
Sinto-me descontente com tudo.....	....

AARS - Versão Exclusiva para Investigação

Barkley & Murphy (1998); Tradução portuguesa de A. Azevedo, sob orientação das Prof. Doutoras M. J. Seabra-Santos e M. F. Gaspar (2008)

POR FAVOR, COMPLETE AS SEGUINTE QUESTÕES SOBRE SI PRÓPRIO

Coloque um círculo à volta da resposta que melhor descreve **o seu comportamento** nos **últimos seis meses**

Raramente

Às Vezes

Frequentemente

**Muito
Frequentemente**

0

1

2

3

1)	Não consigo prestar atenção a detalhes ou cometo erros por descuido no trabalho	0	1	2	3
2)	Não consigo estar quieto/a com as mãos, pés ou sossegado/a no meu lugar	0	1	2	3
3)	Tenho dificuldade em manter a minha atenção em tarefas ou atividades divertidas	0	1	2	3
4)	Levanto-me do lugar em situações em que é importante estar sentado/a	0	1	2	3

Anexo H

Formulário de Consentimento Informado



INFORMAÇÃO

“Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: eficácia de programas parentais e escolares”

O presente estudo visa o despiste/avaliação de crianças em idade pré-escolar com problemas de comportamento (oposição/desafio, hostilidade, falta de atenção, impulsividade e hiperatividade), assim como, a implementação do programa de intervenção *Anos Incríveis* ao longo de 14 sessões. Este estudo, pioneiro em Portugal, foi concebido de acordo com as recomendações da *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (entidade eminente ao nível da intervenção comportamental em idade precoce) e avaliado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia como um projeto com grande relevância clínica e social (estudo financiado com a referência PTDC/PSI-PED/102556/2008). Implica assim, uma avaliação rigorosa da qualidade de todos os procedimentos utilizados. Este controlo traduz-se em:

- Preenchimento de questionários de avaliação pelos pais das crianças, antes, durante e depois da intervenção;
- Realização de entrevista aos pais;
- Observação e avaliação da criança;
- Observação da interação pais-filho/a;
- Preenchimento de questionários pelo professor/educador de infância do/a seu/sua filho/a;
- Gravação em suporte audiovisual de dois momentos da avaliação e de todas as sessões do programa de intervenção. A gravação das sessões centrar-se-á nas dinamizadoras do grupo, e não nos pais, e tem como objetivo a supervisão da qualidade da sua intervenção. A gravação será, por isso, visionada por um ou mais mentores internacionais, os quais darão *feedback* com o objetivo de aumentar a qualidade. Em qualquer momento poderá visionar as gravações, se assim o desejar.

Todas as informações obtidas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas com objetivos de avaliação e investigação. O seu nome ou do/a seu/sua filho/a nunca será divulgado por qualquer meio.

Existirá uma primeira fase de contacto com as famílias para explicação do projeto, triagem e obtenção do consentimento informado por escrito. As famílias, que de acordo com os procedimentos de triagem, preencherem os requisitos para a inclusão neste estudo passarão à fase seguinte de avaliação (entrevista aos pais, preenchimento de questionários, observação da criança). No final da avaliação, e caso a criança preencha os requisitos comportamentais pré-estabelecidos, será dada aos pais a oportunidade de frequentar o programa de intervenção *Anos Incríveis*, imediatamente a seguir à avaliação ou 7 meses após a mesma (a seleção será aleatória), o qual é implementado em grupo.

De forma a garantir a participação dos pais no grupo será fornecido, a quem necessitar, apoio de *baby-sitting* e lanche a todos os filhos.

Por questões éticas e clínicas será dado aconselhamento a todas as famílias que contatarem com este projeto e que assim o desejem, mesmo às que não integrem a fase de intervenção.

Lembramos que a participação dos pais neste projeto é voluntária e totalmente gratuita. As crianças serão também informadas dos objetivos deste projeto e ser-lhes-á pedido que dêem o seu consentimento oral.

Andreia Azevedo
(Psicóloga e Investigadora neste Projeto)

Autorização de Participação

Declaro que tomei conhecimento dos objetivos e das condições de participação no estudo “Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: eficácia de programas parentais e escolares”, de que são responsáveis a Professora Doutora Maria Filomena Gaspar e a Professora Doutora Maria João Seabra-Santos (Professoras Auxiliares da FPCEUC).

. Concordo em participar neste estudo e autorizo o(a) educador/professor(a) do meu filho(a)/educando(a) a preencher questionários relativos ao seu comportamento.

. Concordo em participar nas diferentes fases deste projeto (avaliação/observação antes, durante e depois da intervenção parental ao longo de 14 semanas).

. Autorizo a gravação das sessões do grupo de intervenção parental.

. Autorizo a gravação dos diferentes momentos da avaliação da criança: SIM_ NÃO_

Assinatura do pai e/ou mãe

Anexo I

Exemplo de um dos Folhetos Informativos para Educadores de Infância e
Técnicos de Saúde

Projeto de Investigação ANOS INCRÍVEIS

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra Centro de Psicopedagogia
 Coordenação e supervisão científicas da Professora Doutora Maria João Seabra-Santos
 (seabramj@fpce.uc.pt) e da
 Professora Doutora Maria Filomena Gaspar
 (ninigaspar@fpce.uc.pt)

“Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: eficácia de programas parentais e escolares”

Através deste projeto pretende-se testar o impacto e a eficácia do programa básico para pais “Anos Incríveis” numa população de crianças de idade pré-escolar (3 aos 6 anos inclusivamente). O desenho deste estudo foi concebido de acordo com as recomendações da *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, que preconiza a terapia comportamental, nomeadamente o treino parental, como tratamento de excelência nestas idades. De acordo com estas recomendações, os pais participarão no Programa Anos Incríveis – Básico para Pais (Webster-Stratton & Hancock, 1998), o qual é implementado ao longo de 14 sessões semanais, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Trata-se de um intervenção baseada em evidências (*evidence-based*) que provou ser uma abordagem eficaz para problemas de comportamento e de falta de atenção, impulsividade e hiperatividade apresentados por crianças em idade pré-escolar.

Os principais objetivos do programa são: fortalecer as relações pais-criança e encorajar a cooperação desta; incentivar estilos parentais positivos; encorajar imposição de limites efetivos e a definição de regras claras; e promover o uso de estratégias disciplinares não violentas. Pretende-se assim, avaliar a eficácia deste programa no incremento das competências parentais e na qualidade da interação pais-filhos, bem como, na diminuição dos comportamentos problemáticos da criança e na promoção da sua auto-regulação. **Desta forma estará a contribuir-se para a promoção da saúde mental e prevenção de trajetórias desenvolvimentais negativas.**

Este estudo compreende **diferentes etapas**: **1º** Divulgação do projeto e sinalização de famílias (explicação da existência do projeto e recolha de contactos da família). **2º** Contacto com as famílias para darem início à **fase de triagem** (explicação detalhada do projeto, preenchimento de questionário comportamental pelos pais e educadora, obtenção de consentimento informado). **3º** As famílias, que de acordo com os procedimentos de triagem, preencherem os requisitos para a inclusão neste estudo passarão à fase seguinte de avaliação (entrevista aos pais, preenchimento de questionários, observação da criança). No **final da avaliação**, será dada aos pais a oportunidade de frequentar o **programa de intervenção “Anos Incríveis” ao longo de 14 semanas (imediatamente após a avaliação ou 7 meses mais tarde), gratuitamente** (entre 10 a 12 pais por grupo – mães, pais ou avós/outros cuidadores). De forma a garantir a participação dos pais no grupo será fornecido, a quem necessitar, apoio de **baby-sitting e lanche a todos/as os filhos/as**. Todas as famílias serão avaliadas antes e depois da intervenção.

Critérios de inclusão no estudo:

- Crianças que tenham entre 3 a 6 anos (à data da primeira avaliação a criança não pode ter mais de 6 anos, nem frequentar o 1º ciclo).
- Crianças com problemas comportamentais (oposição, desafio e/ou agitação motora, impulsividade, falta de atenção) ou em risco de virem a desenvolver um problema de comportamento.

Critérios de exclusão:

- Crianças medicadas.
- Crianças que estão a fazer outro tipo de intervenção psicológica.
- Crianças com Atraso Grave do Desenvolvimento ou com Perturbações do Espetro do Autismo.

Avaliaremos famílias até ao **final de 2011**, pelo que, gostaríamos de poder contar com a vossa disponibilidade para nos sinalizarem crianças em idade pré-escolar com sintomas de oposição, desafio e hostilidade marcada, agitação psicomotora, impulsividade e falta de atenção.

Agradecemos a sua colaboração e disponibilidade.

Anexo J

Objetivos Específicos do Programa: exemplos de duas sessões

Sessão quatro (4/14)

Elogio

I. Boas-vindas

II. Regras do Grupo (rever se necessário)

III. Discussão sobre as Atividades de Casa

Reforce os pais pelo seu envolvimento nas leituras, assim como por praticarem as competências desenvolvidas e por partilharem as suas experiências.

Peça aos participantes para partilharem as experiências que tiveram com a utilização dos comentários descritivos durante o tempo de brincadeira. Aproveite para discutir as dificuldades sentidas na utilização dos comentários descritivos.

Pergunte como correram as chamadas telefónicas ao “parceiro” do grupo.

Pergunte o que decidiram fazer relativamente ao “trabalho de campo”.

IV. Tópico do Dia: Elogio Eficaz – “Fazer surgir o que há de melhor no seu filho/a”

A. Debate – converse com os pais e descubra a partir das folhas de registo do brincar, se usaram ou se costumam usar elogios com os seus filhos/as durante o tempo de brincadeira.

Chuva de ideias sobre as vantagens e os obstáculos a elogiar.

B. Cenas: Elogio – Parte 1: 1-6, 10-17

Conceitos Chave:

- explicitar o elogio
- regra do “dar para receber” – para crianças e adultos
- dar importância ao “processo” de aprendizagem e não apenas aos resultados finais
- modelar o auto-elogio
- resistência ao elogio – as nossas dificuldades e as dos outros em aceitar o elogio
- promover um diálogo consigo próprio positivo
- usar palavras de encorajamento específicas *versus* palavras não específicas
- obter e sentir apoio através do elogio
- como promover competências de amizade e organizar “encontros para brincar”
- evitar elogiar apenas a perfeição
- reconhecer comportamentos sociais e escolares que devem ser elogiados
- construir a auto-estima da criança através do elogio e do encorajamento

C. Dramatizações

Proponha que dois pais façam o papel de crianças e um outro pai sirva de monitor da brincadeira entre as crianças para promover competências de amizade (i.e., reforçar competências de amizade como perguntar, esperar, partilhar, respeitar a sua vez, elogiar, sugerir uma ideia, etc.).

Os pais modelam o elogio numa sessão de brincadeira.

V. Faça a Revisão das Atividades para Casa

Peça aos pais para começarem a pensar em comportamentos que gostariam de ver com mais frequência nos seus filhos/as.

VI. Avaliação pelos Pais

VII. Encerramento

Sessão dez (10/14)

Ignorar

I. Boas-vindas

II. Regras do Grupo

III. Discussão sobre as Atividades de Casa:

Pergunte aos pais pelo registo das ordens e pelo elogio quando a criança obedece.

Pergunte pelas dificuldades e respostas emocionais dos adultos quando tentaram ignorar alguns comportamentos da criança quando estão a dar as ordens.

Pergunte sobre as chamadas ao “parceiro/a” do grupo.

IV. Tópico do Dia: Ignorar

A. Debate – A partir da lista de comportamentos que eles querem ver acontecer menos, definir qual o comportamento positivo oposto que eles podem reforçar com atenção e elogio.

B. Cenas:

Lidar com o Mau Comportamento – Parte 1: 5-9 (Ignorar), 13-14

Conceitos Chave:

- Compreender a importância de distrações, associadas com o ignorar
- Manter o auto-controlo
- Fazer vários ensaios de aprendizagem – o comportamento negativo é um sinal de que a criança precisa de novas oportunidades de aprendizagem
- Usar a técnica de ignorar de uma forma consistente
- Explicar o princípio que está na base das rifas: o comportamento mantém-se se houver alguma recompensa
- Usar a técnica do ignorar para comportamentos específicos, tais como: birras, choramingar, pedinchar, discutir

V. Dramatizações

Faça uma dramatização na qual um pai ignora o comportamento inapropriado do seu filho/a.

VI. Revisão das Atividades para Casa

Explique os folhetos.

VII. Avaliação pelos Pais

VIII. Encerramento

Anexo K

Resultados na subescala de Hiperatividade do SDQ na linha de base

Quadro K1. Média, desvio-padrão na subescala de Hiperatividade do SDQ

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
SDQ:	100	3	10	7.71	1.70
Hiperatividade					

SDQ Questionário de Capacidades e Dificuldades

Quadro K2. Frequência e Percentagem de resultados na subescala de Hiperatividade do SDQ

Resultados no SDQ: Hiperatividade	Frequência	Percentagem
3	3	3%
5	8	8%
6	8	8%
7	26	26%
8	22	22%
9	14	14%
10	19	19%

SDQ Questionário de Capacidades e Dificuldades

Anexo L

Resultados na subescala Excesso de Atividade/Desatenção do PKBS-2
na linha de base

Quadro L1. Média, desvio-padrão na subescala Excesso de Atividade/Desatenção do PKBS-2

Medida	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
PKBS-2: O/I	100	4	24	18.46	3.39

PKBS-2 Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2; O/I Subescala Excesso de Atividade/Desatenção

Quadro L2. Frequência e percentagem dos resultados na subescala Excesso de Atividade/Desatenção do PKBS-2

Resultados no PKBS-2	Frequência	Percentagem
4	1	1%
11	1	1%
12	3	3%
13	4	4%
14	3	3%
15	6	6%
16	4	4%
17	10	10%
18	15	15%
19	10	10%
20	15	15%
21	9	9%
22	8	8%
23	9	9%
24	2	2%

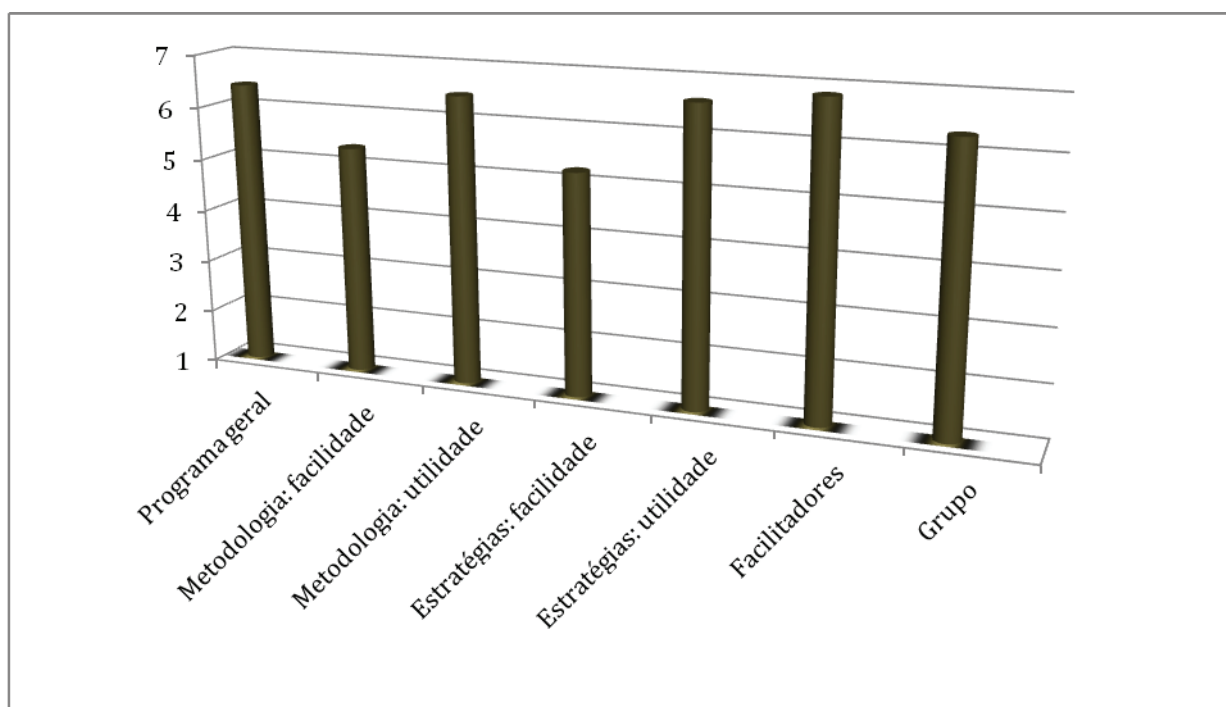
PKBS-2 Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2; O/I Subescala Excesso de Atividade/Desatenção

Anexo M

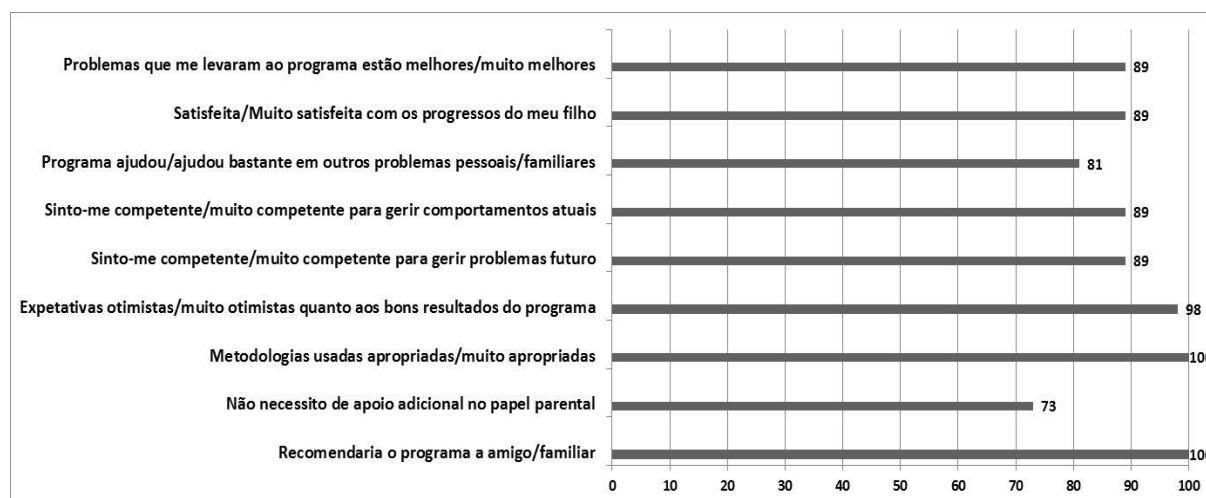
Dados do Questionário de Satisfação Final

Quadro M1. Média de satisfação final das participantes com os diferentes aspetos do Programa

Componentes	Mínimo	Máximo	Média	DP
Programa em geral	1	7	6.41	0.31
Métodos: Facilidade	1	7	5.34	0.73
Métodos: Utilidade	3	7	6.46	0.31
Estratégias: Facilidade	1	7	5.22	0.80
Estratégias: Utilidade	4	7	6.61	0.46
Facilitadores	5	7	6.84	0.27
Grupo de Pais	2	7	6.31	0.56

**Figura M1.** Satisfação das participantes com diferentes aspetos do programa de acordo com o Questionário de Satisfação Final

Quadro M2. Percentagem de satisfação das participantes com o Programa em Geral de acordo com o Questionário de Satisfação Final



Quadro M3. Percentagem de respostas das participantes à questão aberta “O que lhe agradou menos neste Programa?”

O que lhe agradou menos neste Programa?	
Nada	68%
Resolução de problemas	6%
Tempo de pausa	6%
Estar pouco à vontade com os outros pais	6%
Poucas sessões	6%
Difícil acessibilidade	4%
Horário	2%
Comentários descritivos	2%

Quadro M4. Percentagem de respostas das participantes à questão aberta “Como poderia o Programa ser melhorado para o ajudar mais?”

Como poderia o Programa ser melhorado para o ajudar mais?	
Em nada	67%
DVDs mais atualizados	17%
Maior número de sessões	2%
Mais tempo para trocar ideias com o grupo	2%
Participação em simultâneo do pai e da mãe	4%
Contacto mais pessoal e não por telefone	2%
Promover a troca de experiências entre pais para ajudar na união do grupo	2%
Ter uma sessão com foco na relação familiar	2%
Envolver mais professores/educadores/pais e criança	2%

Quadro M5. Percentagem de respostas das participantes à questão aberta “Qual é para si o maior benefício que retirou da sua participação no programa?”

Qual é para si o maior benefício que retirou da sua participação no programa?	
Aprender a ser melhor educador(a)	51%
Enriquecimento pessoal	17%
Tudo foi importante	11%
Confiança como mãe/pai	11%
O apoio do grupo	4%
A troca de ideias e experiências	4%
Melhoria na relação da mãe/pai com o filho	2%

Anexo N

Dados de comparação grupo referenciado pela clínica vs comunidade

Quadro N1. Médias, desvios-padrões em duas variáveis de hiperatividade na linha de base dos participantes referenciados pela clínica vs comunidade

Variável	Grupo		Test	Sig
	Clínico (n = 54)	Comunidade (n = 46)		
Medidas da linha de base: comportamentos de hiperatividade (critérios de inclusão)	<i>M DP</i> (Min - Máx)	<i>M DP</i> (Min - Máx)	(<i>t</i>)	(<i>p</i>)
WWPAS	30.85±8.15 (21-49)	31.67±7.54 (21-49)	0.52	.604
SDQ – subescala hiperatividade	7.81±1.81 (3-10)	7.58±1.57 (3-10)	0.66	.507

M Média; *DP* Desvio-padrão; *WWPAS* Escala de Atividade Werry-Weiss-Peters Activity Scale; *SDQ* Questionário de Capacidades e Dificuldades

Anexo O

Gráficos referentes aos efeitos a curto-prazo

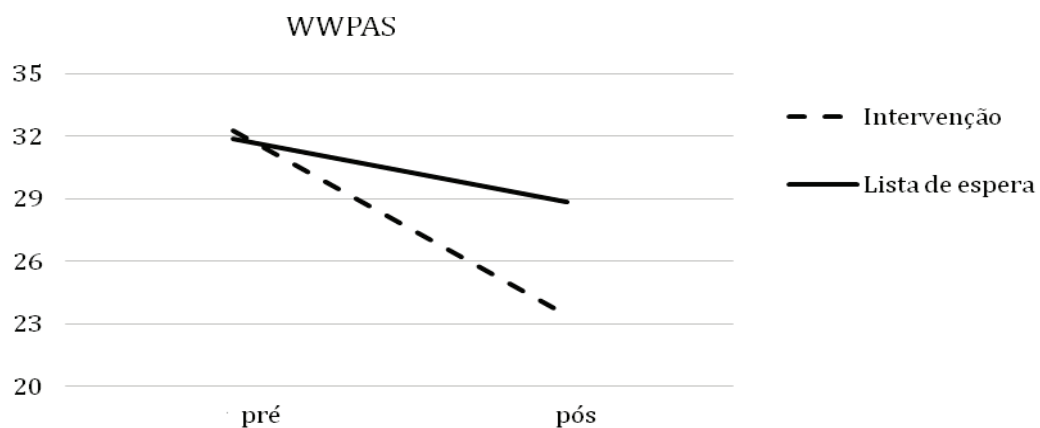


Figura 01. Efeitos a curto-prazo nos comportamentos de PH/DA (WWPAS) para os grupos de intervenção e lista de espera

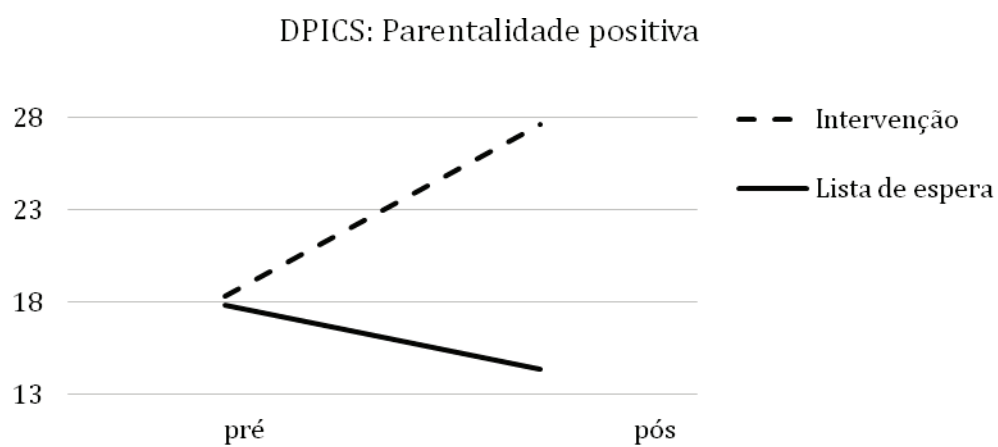


Figura 02. Efeitos a curto-prazo na parentalidade positiva (DPICS) para os grupos de intervenção e lista de espera

Anexo P

Gráficos referentes aos efeitos a médio-prazo

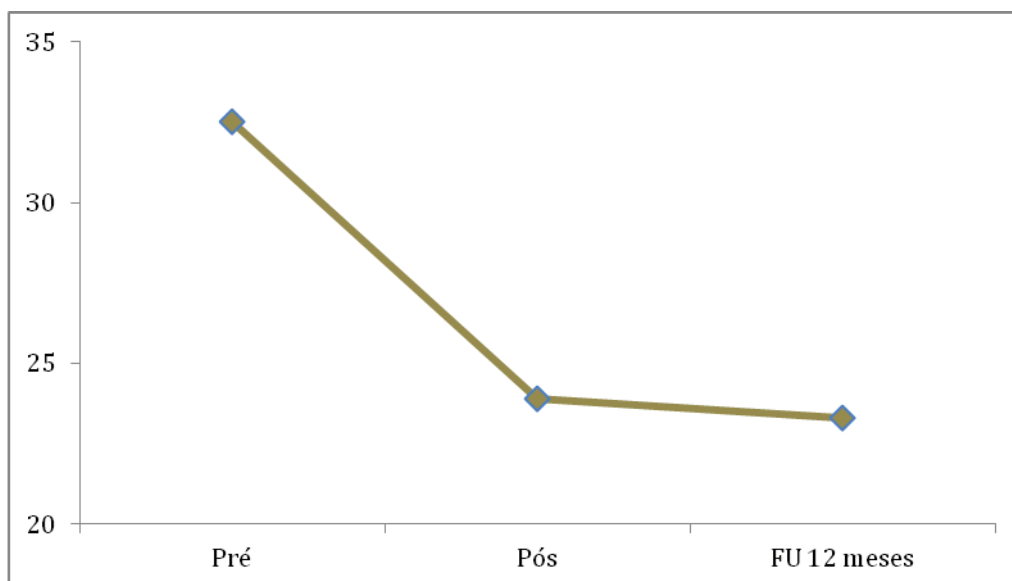


Figura P1. Efeitos da intervenção a médio-prazo nos comportamentos de PH/DA (WWPAS) desde a linha de base à avaliação *follow-up* 12 meses

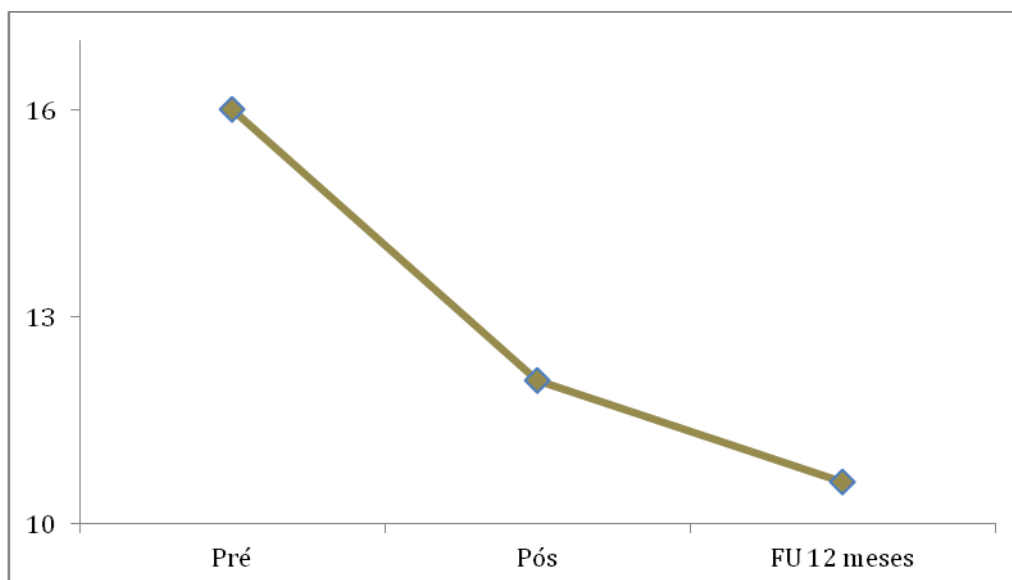


Figura P2. Efeitos da intervenção a médio-prazo nos comportamentos de PH/DA (PACS) desde a linha de base à avaliação *follow-up* 12 meses

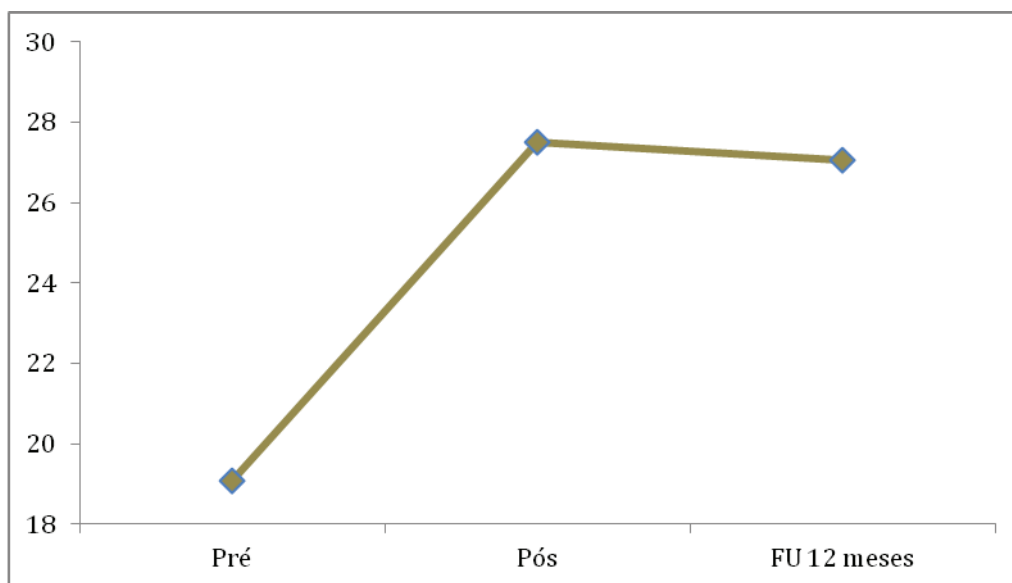


Figura P3. Efeitos da intervenção a médio-prazo na parentalidade positiva (DPICS) desde a linha de base à avaliação *follow-up* 12 meses

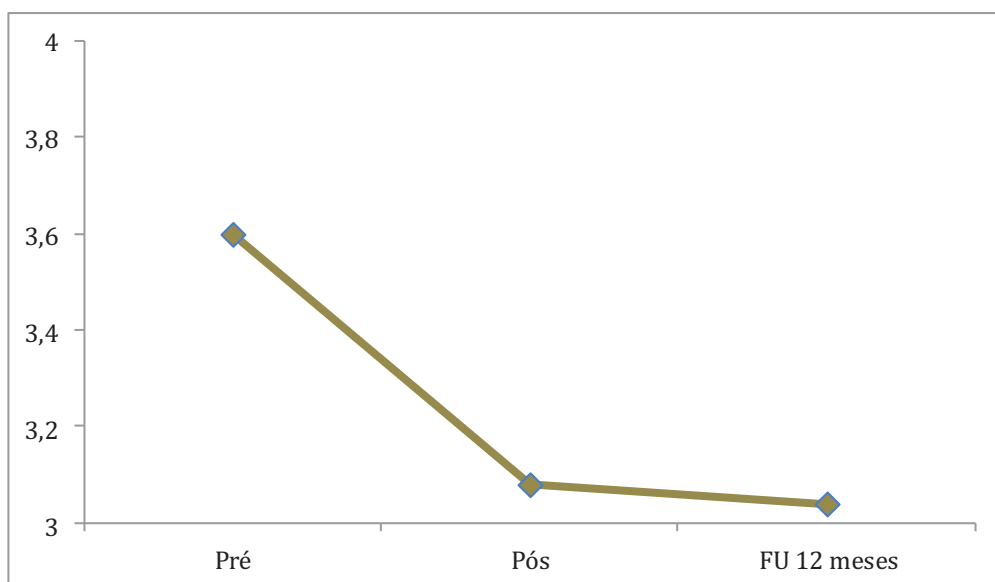


Figura P4. Efeitos da intervenção a médio-prazo nas práticas parentais disfuncionais (PS) desde a linha de base à avaliação *follow-up* 12 meses

Anexo Q

Gráficos referentes aos resultados da Intervenção de acordo com a Severidade dos Comportamentos de Hiperatividade na Linha de Base

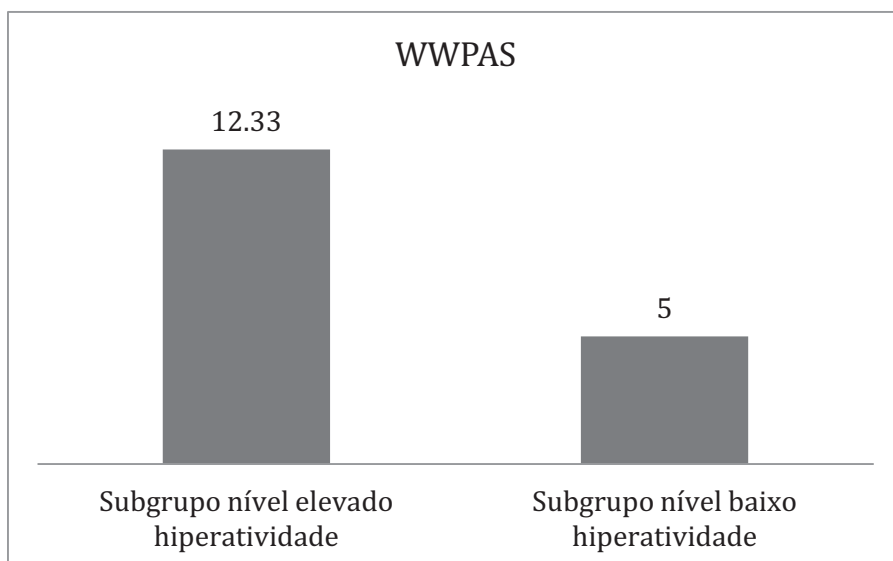


Figura Q1. Quantidade de mudança nos comportamentos de PH/DA da avaliação pré-intervenção para o *follow-up* 12 meses nos subgrupos de crianças com níveis elevados e baixos de hiperatividade na linha de base

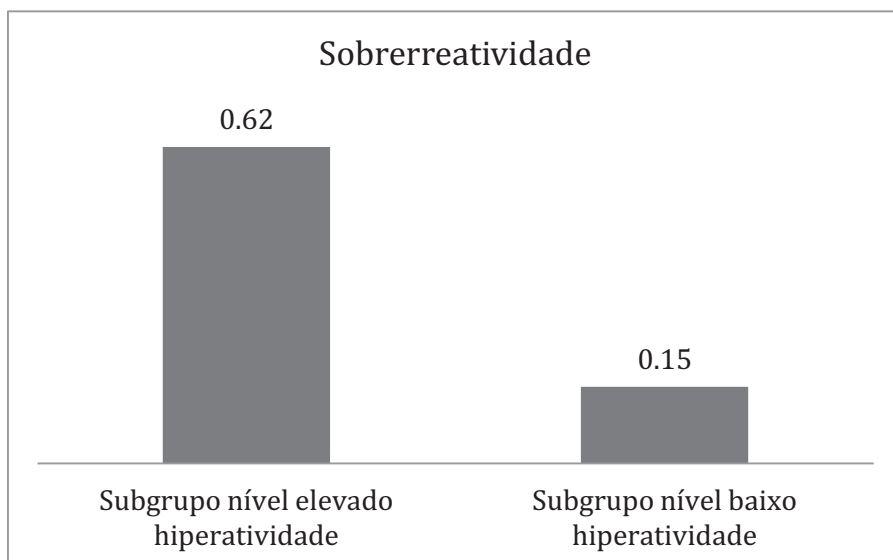


Figura Q2. Quantidade de mudança nas práticas parentais de sobrerreatividade da avaliação pré-intervenção para o *follow-up* 12 meses nos subgrupos de crianças com níveis elevados e baixos de hiperatividade na linha de base

Anexo R

Número e percentagem de participantes em função
do número de sessões frequentadas

Quadro R1. Número e percentagem de sessões frequentadas pelas participantes

Número de sessões frequentadas	Número de participantes	Percentagem
1 - 3	4	8%
7	2	4%
9-11	14	27%
12	13	25%
13	10	19%
14	9	17%

Anexo S

Dados do Questionário de Satisfação Semanal

Quadro S1. Média de satisfação das participantes com os diferentes componentes do programa ao longo das 14 sessões

Componentes Sessão	Mínimo	Máximo	Média	DP
Conteúdo	2	4	3.87	0.14
DVD	2	4	3.77	0.33
<i>Role-play</i>	1	4	3.74	0.27
Facilitadores	2	4	3.90	0.13
Discussão grupo	2	4	3.92	0.12

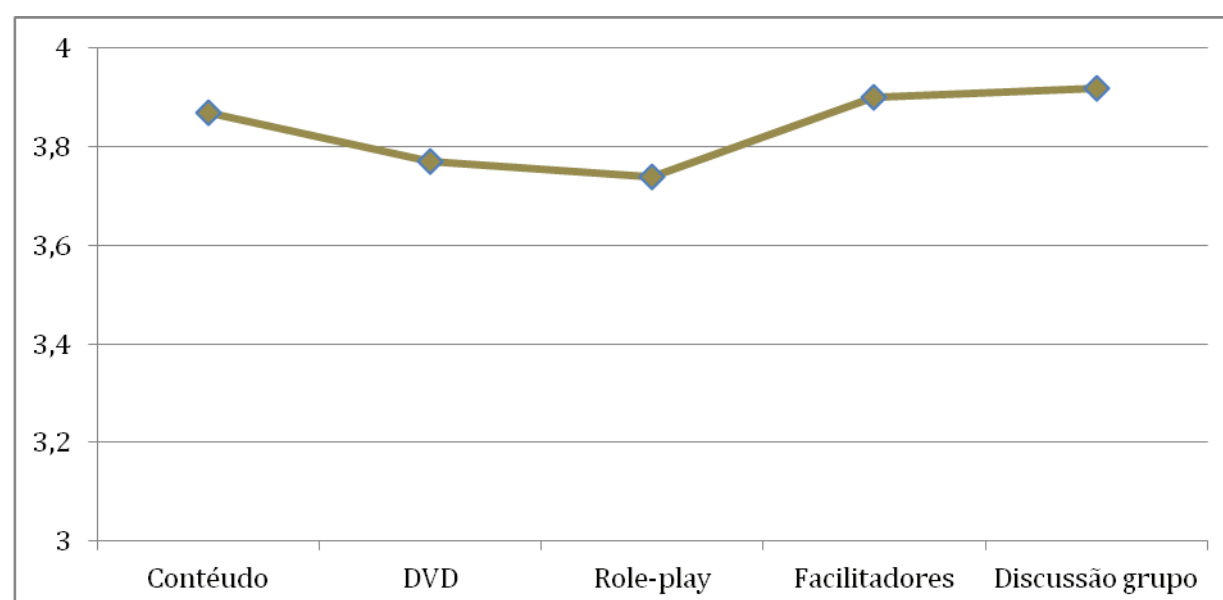


Figura S1. Satisfação das participantes com os diferentes componentes do programa de acordo com o Questionário de Satisfação Semanal