



UC/EPCE—2016

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Formação sobre parentalidade nos Cuidados de Saúde Primários: Levantamento de necessidades e avaliação do impacto nas redes (in)formal dos profissionais.**

Daniela Sofia Neves de Sousa (e-mail: [danielasnsousa@gmail.com](mailto:danielasnsousa@gmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Psicoterapia Sistémica e Familiar sob a orientação da Professora Doutora Maria João Rama Seabra Santos

Investigação realizada com o apoio financeiro do Espaço Económico Europeu (EEA Grants, referência PT06-51SM4)

**Formação sobre parentalidade nos Cuidados de Saúde Primários: Levantamento de necessidades e avaliação do impacto nas redes (in)formal dos profissionais.**

Resumo

**Enquadramento:** Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são um meio propício à prevenção, identificação e intervenção precoces de problemas psicossociais, os quais apresentam uma crescente prevalência no período pré-escolar. Porém, os profissionais dos CSP sentem desconforto e preocupação quanto aos seus conhecimentos e capacidades, que consideram limitados para diagnosticar e gerir os cuidados de saúde mental em crianças e jovens. **Objetivos:** Pretende-se avaliar as necessidades de formação percebidas pelos profissionais dos CSP e perceber de que forma uma ação de formação sobre estratégias empiricamente validadas (EEV) de parentalidade positiva, poderá ter impacto no aconselhamento fornecido no contexto em que trabalham e na relação com a rede informal (e.g., família, vizinhança e amigos). **Método:** Participaram no estudo 152 profissionais (maioritariamente enfermeiros e médicos) de 11 unidades de saúde do Distrito de Coimbra que frequentaram uma formação de 9 horas sobre estratégias de parentalidade positiva. No sentido de avaliar o aconselhamento de EEV e necessidades de formação recorreu-se a três Inventários de Autorreflexão (em três momentos distintos), sendo também usada uma Ficha de Avaliação da Satisfação com a formação. **Resultados:** Constatou-se uma elevada adesão e satisfação com a formação, em particular com um dos métodos utilizados (i.e., “participação em discussões de grupo”). Ao nível do aconselhamento, verificou-se que os profissionais já antes da formação utilizavam as EEV com uma elevada frequência, tendo-se observado, decorridos três meses da formação, um aumento do aconselhamento de EEV associadas à definição de regras e ordens eficazes (efeito de magnitude moderada); e à atenção positiva, elogio e ao uso de disciplina não punitiva (efeitos de pequena magnitude). Constatou-se, ainda, que os profissionais aconselhavam mais as estratégias que visam diminuir o comportamento negativo das crianças e consideravam necessitar de mais formação relativamente a estas. Pelo contrário, com a sua rede informal reportaram utilizar e/ou divulgar mais as estratégias para promover o comportamento positivo, tendo-se verificado que esta disseminação apresentava uma relação de baixa magnitude com a satisfação na “participação em discussões de grupo” na formação. **Discussão e conclusões:** Os resultados são discutidos à luz da literatura disponível na área. Este estudo contribui para sinalizar a disponibilidade dos profissionais dos CSP portugueses para integrar os princípios da parentalidade positiva, conferindo-lhes uma maior capacidade preventiva e interventiva através do aconselhamento de EEV e oferecendo à população em geral um acesso efetivo a cuidados de saúde mental.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários, Parentalidade positiva, Estratégias empiricamente validadas, Idade pré-escolar, Saúde mental, Disseminação

## **Training about parenting in primary health care: Survey of needs and assessment of the impact on (in)formal networks of professionals.**

### Abstract

**Framework:** The primary health care units are a proper context to early prevention, identification and intervention in psychosocial problems, which have an increasing prevalence during the preschool period. However, the primary care professionals feel discomfort and have concerns about their skills, that they find limited to diagnose and manage the mental health care of young children. **Objectives:** To evaluate the perceived training needs of professionals and understand how a training focused on empirically validated strategies of positive parenting has impact on counselling given in the context of their work and on the relationships with their informal network (e.g., family, neighbourhood, and friends). **Methods:** Participants were 152 professionals (mainly nurses and physicians) of 11 primary health care units in the region of Coimbra who attended a 9 hours training on strategies of positive parenting. In order to assess the way professionals use empirically validated strategies in counselling families and their perception of training needs, three questionnaires were employed (in three distinct moments), and another questionnaire was used to evaluate the satisfaction with the training. **Results:** High attendance and satisfaction levels with the training were found, particularly with one of the methods (i.e., “participation in group discussions”). Results showed that professionals already frequently advised empirically validated strategies to families prior to the training, but three months later an increase was observed concerning strategies associated with rules and commands (moderate effect size), positive attention, praise and nonviolent discipline methods (small effect sizes). Moreover, professionals advised more strategies aimed to decrease child negative behaviour, and they also reported more training needs concerning these strategies. In contrast, with their informal network they reported to use and/or disclose more strategies for promoting the child positive behaviour. It was observed that this dissemination in the informal network had a small effect size relationship with the rated satisfaction with “participation in group discussion” during the training. **Discussion and conclusions:** The results are discussed based on the available literature in this area. This study underlines the availability of primary health care Portuguese professionals to integrate positive parenting principles that will strengthen their skills to prevent and intervene by counselling empirically validated strategies to parents, thus giving the general population an effective access to mental health care.

**Key Words:** Primary care, Positive parenting, Preschoolers, Empirically validated strategies, Mental health, Dissemination

### Lista de abreviaturas

CSP	Cuidados de Saúde Primários
EEV	Estratégias Empiricamente Validadas
PHDA	Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção
PDO	Perturbação Desafiante de Oposição
PC	Perturbação de Comportamento
PONI	<i>Protocol for On-site Nurse-administered intervention</i>
Triple P	<i>Triple P: Positive Parenting Program</i>
ARS	Administração Regional de Saúde
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ANIP	Associação Nacional de Intervenção Precoce
ELIs	Equipa Local de Intervenção
APU	Áreas Predominantemente Urbanas
AMU	Áreas Moderadamente Urbanas
CS	Centros de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
SNIPi	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
PIIP	Plano Individual de Intervenção Precoce

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Maria João Seabra Santos pela oportunidade de integrar a sua equipa de investigação, pelo percurso de aprendizagem, apoio, exigência e mestria, pelos desafios propostos e pela confiança. Mas também, pela pessoa maravilhosa e atenciosa que é, um grande Obrigada!

A todos os elementos da equipa do projeto “Anos Incríveis para a Promoção da Saúde Mental em Portugal” pela investigação que produzem, pelos ensinamentos transmitidos, pela disponibilidade, atenção e suporte durante este percurso. Em especial, à Doutora Andreia Azevedo, Doutora Tatiana Homem e à Mestre Elsa Baptista pela partilha e interação para que este estudo se concretizasse.

A todos os profissionais de saúde das unidades de saúde que acederam participar neste projeto e, que se demonstraram disponíveis em contribuir para este estudo, sem os quais ele não seria possível.

Ao Professor Doutor Bruno Sousa pela disponibilidade, atenção, esclarecimentos e apoio imprescindíveis.

À Professora Doutora Ana Paula Relvas, à Professora Doutora Madalena Carvalho e à Professora Doutora Luciana Sotero, pelos conhecimentos que me transmitiram, pelas experiências que partilharam e, por todo, o apoio que me deram ao longo destes dois anos do meu percurso académico, um grande Obrigada, pois convosco cresci!

Aos amigos que estiveram sempre presentes, com os quais partilhei receios e sonhos.

Ao Carlos Henriques, por estar sempre ao meu lado, por acreditar em mim em todos os momentos, pela partilha e discussão de ideias e, pelo laço que nos une.

Aos pais e irmã sempre presentes, pelos sacrifícios que fizeram, apoio, perseverança e amor que sempre me transmitiram para que fosse possível a concretização deste sonho.

## Índice

Introdução .....	1
1. Enquadramento conceptual.....	3
1.1. CSP enquanto contexto de intervenção precoce nos problemas comportamentais .....	3
1.1.1. O Potencial.....	3
1.1.2. Utilização de programas de educação parental nos CSP: Que resultados? .....	5
1.1.3. Formação dos profissionais dos CSP.....	9
2. Objetivos.....	9
3. Metodologia.....	10
3.1. Procedimentos.....	10
3.2. Participantes .....	12
3.3. Intervenção: Ação de formação .....	13
3.4. Instrumentos de avaliação.....	13
3.5. Tratamento de dados .....	14
4. Resultados.....	15
4.1. Indicadores de adesão e de satisfação com a formação.....	16
4.2. Avaliação prévia à formação.....	17
4.2.1. EEV aconselhadas previamente à formação ...	18
4.2.2. O que os profissionais de saúde gostariam de mudar nas suas práticas (momento 1) .....	19
4.3. Avaliação três meses após a formação.....	21
4.3.1. Avaliação da mudança quanto a EEV aconselhadas antes e após a formação.....	22
4.3.2. O que os profissionais de saúde gostariam de mudar nas suas práticas (momento 2) .....	23
4.3.3. Necessidade de formação reportada (momento 2) .....	25
4.3.4. Impacto da formação nas relações com as redes (in)formal.....	25
5. Discussão .....	28
6. Conclusões.....	32
Bibliografia .....	34

Anexos 38

Anexo I – Folheto Informativo .....	39
Anexo II – Ficha de Inscrição.....	40
Anexo III – Primeiro Inventário de Autorreflexão .....	41
Anexo IV – Segundo Inventário de Autorreflexão.....	42
Anexo V – Terceiro Inventário de Autorreflexão.....	43
Anexo VI – Ficha de Avaliação da Satisfação.....	44

## Introdução

Durante o período pré-escolar ocorrem mudanças desenvolvimentais a nível físico, comportamental, emocional e cognitivo, destacando-se o desenvolvimento de mecanismos chave de regulação emocional e comportamental (e.g., regulação da raiva, gestão da frustração) (Egger & Angold, 2006). Simultaneamente, podem ocorrer disfunções em múltiplos sistemas, havendo um número substancial de perturbações psiquiátricas cujos primeiros sintomas podem ocorrer na infância ou adolescência (Egger & Angold, 2006). Deste modo, a comorbilidade constitui uma das características cruciais da psicopatologia em idade pré-escolar o que, por sua vez, poderá ter associado um pior prognóstico (Egger & Angold, 2006). De entre as várias perturbações que podem surgir no contexto pré-escolar destacam-se a perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA), com uma prevalência aproximada de 5%, a perturbação desafiante de oposição (PDO) com uma prevalência que varia de 1 a 11% e a perturbação de comportamento (PC) com uma prevalência que varia de 2 a mais de 10% (American Psychiatry Association, 2013/2014).

Embora os problemas comportamentais das crianças sejam multideterminados, coloca-se um forte destaque na importância da relação com os familiares e com o contexto alargado (Egger & Angold, 2006), surgindo a parentalidade quer como fator de risco, quer de proteção, para a saúde mental na infância e idade adulta (Patterson et al., 2002). Esta consciencialização da parentalidade enquanto ponto nodal levou à defesa de políticas que se regem pela necessidade de intervir na promoção da saúde mental em crianças e respetivas famílias. Entre estas destaca-se a Resolução 19 do Conselho da Europa (2006), que realça a necessidade de promover uma parentalidade positiva, através do respeito dos direitos das crianças e da adoção de uma perspetiva positiva do potencial parental, salientando, ainda, a responsabilização das autoridades públicas pela intervenção, através do apoio às famílias e, em particular aos pais, na saúde e educação (Council of Europe, 2006).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) salienta a forte ligação aos CSP, sublinhando o dever de promover a sensibilização e informação (Direção-Geral da Educação, n.d.). Acresce, ainda, o destaque da necessidade de implementação de programas de prevenção validados internacionalmente, focados em áreas e grupos de risco, dando uma ênfase particular aos programas para a primeira infância (e.g., intervenção precoce, formação parental) (Direção-Geral da Educação, n.d.). Desta forma, os programas de educação parental podem surgir como alternativa à medicação que, por vezes, levanta questões, como os receios por parte dos pais sobre os possíveis efeitos negativos a longo prazo nas estruturas do sistema nervoso central, assim como o potencial desenvolvimento de dependências (Kelleher & Stevens, 2009; McMenemy, Sheldrick, & Perrin, 2011). Também os profissionais de saúde têm manifestado, sobretudo na última década, preocupações com a possibilidade de diagnósticos inapropriados e o

consequente aumento de taxas de prescrição de medicamentos estimulantes na idade pré-escolar (Egger & Angold, 2006). Assim, os programas de educação parental baseados em evidência surgem como primeira linha de tratamento de crianças em idade pré-escolar, com efeitos benéficos na saúde mental de pais e crianças (Kelleher & Stevens, 2009; McMenemy et al., 2011; Patterson et al., 2002). Acresce, ainda, a importância fulcral que é reconhecida à intervenção precoce para compreender e tratar as perturbações psiquiátricas, prevenindo e evitando trajetórias negativas (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Egger & Angold, 2006).

O contexto de CSP surge como uma janela de oportunidades para a prevenção de problemas comportamentais, uma vez que é neste local que se realiza um acompanhamento contínuo, consistente e precoce das famílias e suas crianças (Alpert, 2012; Foy, 2010b; Lavigne et al., 2007; McMenemy et al., 2011; Perrin, Sheldrick, McMenemy, Henson, & Carter, 2014; Reid et al., 2013). Desta forma, torna-se um contexto propício à identificação de problemas comportamentais e consequente intervenção, destacando-se os profissionais destes cuidados como possíveis agentes de mudança (Guyer, 1999; Turner & Sanders, 2006).

Neste âmbito, a presente investigação pretendeu avaliar as necessidades de formação percebidas por profissionais dos CSP, e perceber de que forma uma ação de formação sobre estratégias de parentalidade positiva empiricamente validadas, poderá ter impacto no aconselhamento fornecido por estes profissionais às famílias que acompanham. Pretendeu-se, igualmente, perceber qual o impacto que tal ação poderá ter nas interações com a rede formal (e.g., colegas de trabalho) e informal (e.g., família, vizinhança e amigos) destes profissionais. Deste modo, procurou-se contribuir para a definição de algumas linhas orientadoras sobre aspetos a melhorar no suporte fornecido pelos profissionais de saúde nos Cuidados Primários às famílias que acompanham, bem como sobre aspetos a melhorar na formação destes profissionais.

O presente trabalho encontra-se estruturado em seis partes. Na primeira parte apresenta-se um enquadramento teórico sobre o potencial dos CSP na intervenção precoce em problemas comportamentais e uma breve revisão da literatura sobre a utilização de programas de educação parental no contexto de saúde comunitária, bem como sobre a formação dos profissionais dos CSP no âmbito da gestão de problemas comportamentais. Numa segunda parte, procede-se a uma descrição dos principais objetivos deste estudo, seguindo-se, na terceira parte, a apresentação da metodologia, em particular, do processo de seleção da amostra, caracterização e descrição dos instrumentos utilizados nesta investigação, bem como os procedimentos e tratamentos estatísticos utilizados. Na quarta parte são expostos os principais resultados obtidos. Numa quinta parte é realizada a discussão dos resultados, tendo por base uma reflexão sobre a literatura revista. Na sexta parte apresentam-se as principais conclusões deste estudo, refletindo-se acerca dos seus contributos mais proeminentes, limitações e sugestões para estudos futuros. Segue-se, por último, a apresentação das referências bibliográficas e anexos.

## 1. Enquadramento conceptual

### 1.1. CSP enquanto contexto de intervenção precoce nos problemas comportamentais

#### 1.1.1. O Potencial

Os CSP têm como intuito fornecer um primeiro contacto e cuidado contínuo, que se espera longitudinal, direcionado para as famílias e comunidade (Alpert, 2012). Por conseguinte, os profissionais ao nível destes cuidados de saúde deparam-se, com frequência, na sua prática diária, com famílias que desejam ser aconselhadas, não só quanto ao desenvolvimento sócio emocional dos seus filhos, de um modo mais geral, mas também quanto a dificuldades que enfrentam no exercício da parentalidade (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Foy, 2010a; Gea, Reijneveld, Wiefferink, & Crone, 2008; Reid et al., 2013).

Nalguns casos, as dificuldades podem assumir as proporções de problemas que colocam desafios acrescidos às famílias, levando-as a preocupar-se com a saúde mental das crianças (Bauer & Webster-Stratton, 2006). Por conseguinte, estas famílias procuram nos profissionais dos CSP uma via de acesso aos cuidados de saúde necessários, sendo os médicos de Medicina Geral e Familiar os primeiros a quem os pais recorrem por preocupações de natureza psicossocial relacionadas com os seus filhos (Foy, 2010b; Reid et al., 2013). Desta forma, as preocupações parentais, em particular sobre os problemas comportamentais e emocionais, dão lugar ao questionamento dos técnicos por parte dos pais (Gea et al., 2008). Cabe ao médico de Medicina Geral e Familiar optar por avaliar e assumir a responsabilidade dos cuidados a prestar à criança e à família ou, em vez disso, realizar uma referência para serviços de saúde especializados (Foy, 2010b).

No que diz respeito especificamente às perturbações mentais, estas estão associadas a uma elevada utilização destes últimos serviços diferenciados (Kelleher & Stevens, 2009; Kolko, Campo, Kelleher, & Cheng, 2010; Turner & Sanders, 2006). Porém, o acesso a estes serviços é dificultado pela presença de alguns problemas. Assim, os elevados custos dos tratamentos, sendo incompatíveis com o insuficiente financiamento dos serviços, levam à escassez da oferta e conseqüente inadequação do cuidado especializado para gerir um elevado número de jovens com perturbações (Kelleher & Stevens, 2009; Kolko et al., 2010; Turner & Sanders, 2006). Uma outra barreira ao acesso a este tipo de serviços reside na resistência por parte dos próprios utentes em frequentá-los, devido ao estigma social (Kelleher & Stevens, 2009; Kolko et al., 2010; Turner & Sanders, 2006). De facto, verifica-se que poucas crianças referenciadas nos Cuidados Primários são assistidas em serviços especializados, pelo que se torna evidente a necessidade de disponibilizar intervenções mais efetivas a este nível (Kelleher & Stevens, 2009).

Os CSP têm, desta forma, uma elevada relevância na nossa sociedade para as famílias e suas crianças, pois são o meio primordial de acesso a cuidados de saúde e, por isso, constituem oportunidades propícias à mudança (Foy, 2010a; Kelleher & Stevens, 2009; McMenemy et al., 2011). Ao nível da saúde mental, dadas as circunstâncias e problemas referidos, estes serviços podem e devem adquirir um impacto positivo e ainda mais preponderante (Foy, 2010a; Kelleher & Stevens, 2009; McMenemy et al., 2011). Acresce, ainda, a posição privilegiada dos profissionais de CSP quanto à possibilidade de influenciarem o início e curso de problemas comportamentais, devido ao contacto frequente e consistente com as famílias e, sobretudo, com as suas crianças mais novas (Lavigne et al., 2007; McMenemy et al., 2011; Perrin et al., 2014). Toda esta conjuntura coloca estes profissionais numa posição favorável à identificação e intervenção precoces em problemas de saúde mental, tais como problemas comportamentais (e.g., PHDA e POD), que surgem primariamente em casa (Lavigne et al., 2007; McMenemy et al., 2011; Turner & Sanders, 2006).

Os pais tendem a confiar nas opiniões e recomendações dos profissionais de saúde, acabando estes, com frequência, por ser os únicos interlocutores junto dos quais a família e a criança se sentem confortáveis para procurar ajuda para problemas comportamentais (Foy & Perrin, 2010; Lavigne et al., 2007). Isto leva a que estes profissionais tenham de responder às necessidades dos seus pacientes em termos de cuidados de saúde mental, por exemplo no que diz respeito à promoção da saúde sócio emocional de crianças e adolescentes e à identificação, aconselhamento e tratamento farmacológico em caso de perturbação (e.g., neurodesenvolvimental, disruptiva) (McMenemy et al., 2011; Miller, Johnston, Klassen, Fine, & Papsdorf, 2005; Reid et al., 2013). Por conseguinte, os problemas psicossociais que surgem no seio das famílias e, em particular, nos casos que envolvem crianças tendem, cada vez mais, a ser integrados nos CSP (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Reid et al., 2013). Esta incorporação só é possível se estes profissionais tiverem uma formação adequada, que os capacite para fornecer apoio e ferramentas adaptadas a cada família, através da aplicação de práticas baseadas em evidência, transformando-se, assim, em agentes de mudança nas comunidades (Guyer, 1999; Foy, 2010a; Turner & Sanders, 2006).

Neste contexto, Bauer e Webster-Stratton (2006) salientam e recomendam a inclusão dos princípios-chave da parentalidade positiva no aconselhamento às famílias durante as consultas de vigilância infantil. No caso português, tal poderá ocorrer nas Consultas de Saúde Infantil e Juvenil pré-estabelecidas no Programa de Intervenção de Saúde Infantil e Juvenil da Direção Geral de Saúde (Ministério da Saúde, 2012). Os mesmos autores recomendam, ainda, a implementação de programas parentais (e.g., programa Anos Incríveis; programa *Triple P: Positive Parenting Program*) pelos profissionais de saúde em contexto comunitário, como por exemplo, nos CSP (Bauer & Webster-Stratton, 2006). Desta forma, será possível prevenir desde cedo o comportamento disruptivo das crianças, estimular o desenvolvimento ótimo das suas competências sócio emocionais e, simultaneamente, responder

às preocupações parentais (Bauer & Webster-Stratton, 2006). Assim, estas recomendações vão ao encontro de evidências empíricas segundo as quais a intervenção precoce, anterior aos 8 anos de idade, pode ser benéfica na redução da escalada de problemas comportamentais que podem comprometer um desenvolvimento harmonioso (Bauer & Webster-Stratton, 2006).

### **1.1.2. Utilização de programas de educação parental nos CSP: Que resultados?**

Nas últimas décadas tem vindo a verificar-se um interesse crescente pelo estudo da implementação e eficácia de programas de educação parental, quando aplicados por profissionais de saúde nos CSP. Neste contexto tem sido explorada a eficácia de programas estruturados como, por exemplo, o programa básico para pais da série Anos Incríveis (Webster-Stratton, 2001), o *Protocol for On-site Nurse-administered intervention* (PONI) (Kolko et al., 2010; Kolko, Cheng, Campo, & Kelleher, 2011), o *Parenting Matters* (Reid, 2007) e o *Triple P: Positive Parenting Program* (Sanders, 2008), entre outros. De forma global, estes programas são dirigidos aos pais, mas têm como objetivo último a promoção das competências sociais e emocionais da criança, na faixa etária dos 2 aos 11 anos, bem como a diminuição do seu comportamento disruptivo. Estão direcionados para a promoção de capacidades parentais positivas, em torno das quais se definem os seus principais conteúdos. O enfoque nos princípios da parentalidade positiva e em estratégias de disciplina não-violentas tem como intuito o desenvolvimento de relações positivas entre pais e crianças (Bauer & Webster-Stratton, 2006).

Em termos metodológicos, os programas de treino parental, muitas vezes conduzidos em grupo, assentam, em geral, no estabelecimento de uma relação colaborativa entre os pais e os facilitadores, e consistem em intervenções breves de 6 a 12 sessões. Estas são constituídas por módulos direcionados para a promoção das competências da criança (e.g., capacidades sociais, autorregulação e resolução de problemas), dos pais, no sentido da sua capacitação (e.g., gestão de crise, estratégias de *coping*, comunicação), ou de ambos (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Bower, Garralda, Kramer, Harrington, & Sibbald, 2001).

Globalmente, os estudos demonstram um impacto positivo das intervenções realizadas em contexto de CSP, o qual se prolonga no tempo (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Kolko, et al., 2010; Kolko et al., 2011; Lavigne et al., 2007; McMemany et al., 2011; Patterson et al., 2002; Perrin et al., 2014; Reid et al., 2013; Turner & Sanders, 2006). Nomeadamente, ressalta dos estudos nesta área a demonstração de eficácia na redução de problemas de comportamento nas crianças, quer externalizantes (i.e., de conduta e/ou oposição), quer internalizantes (e.g., depressão, ansiedade), e os ganhos ao nível das suas competências sociais (e.g., interação com os pares) (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Kolko et al., 2011; McMenamy et al., 2011; Perrin et al., 2014). Sobressaem, ainda, os efeitos positivos na saúde mental global destas, dos pais e da família em geral (e.g., sintomas depressivos da criança, ansiedade parental) (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Kolko et al., 2011;

McMenamy et al., 2011; Perrin et al., 2014; Turner & Sanders, 2006).

O programa Anos Incríveis para pais em contexto de CSP tem vindo a demonstrar a sua eficácia ao nível da diminuição do comportamento disruptivo e dos sintomas internalizantes de crianças dos 2 aos 8 anos, mantendo-se os ganhos ao longo do tempo (Bauer & Webster-Stratton, 2006). Num estudo randomizado desenvolvido por Lavigne e colaboradores (2007), com uma amostra de pais de crianças, dos 3 aos 6 anos de idade, com o diagnóstico de PDO nos CSP, verificaram-se melhorias significativas a nível clínico. Em particular, a diminuição dos sintomas externalizantes (e.g., desobediência, agressão) foi observada após a intervenção e ao longo de 12 meses, independentemente do tipo de intervenção utilizado (i.e., grupo com facilitadores ou uma intervenção mínima consistindo apenas no livro do programa Anos Incríveis) ou da formação dos facilitadores, nos casos de intervenção em grupo (i.e., enfermeiros ou psicólogos) (Lavigne et al., 2007). Por conseguinte, constatou-se que não existem diferenças decorrentes das categorias profissionais dos facilitadores e, conseqüentemente da sua formação de base, destacando-se a possibilidade e eficácia associada à implementação do programa nos CSP pelos técnicos locais (Lavigne et al., 2007). O facto de a intervenção mínima ter demonstrado resultados positivos levou Lavigne e colaboradores (2007) a sugerirem que a biblioterapia poderá fornecer, numa primeira fase, a melhor linha de intervenção nos CSP. Contudo, apontam a intervenção em grupo com facilitadores como sendo melhor se os pais frequentarem uma proporção elevada das sessões previstas (Lavigne et al., 2007).

Um outro estudo, conduzido por McMemany e colaboradores (2011) nos CSP, também com o programa Anos Incríveis para pais, incidindo sobre uma amostra de crianças dos 2 aos 3 anos com sintomas de PHDA e/ou POD, constatou ganhos em competências como a obediência e a atenção, assim como a diminuição de problemas internalizantes e externalizantes (e.g., hiperatividade/impulsividade, agressão entre pares). Este impacto positivo manteve-se ao longo de seis meses após o final da intervenção, com exceção das capacidades de atenção, que decresceram (McMemany et al., 2011). Os participantes reportaram elevados níveis de satisfação, consideraram a abordagem comportamental adequada e, na sua maioria, recomendariam o programa a outros pais (McMemany et al., 2011). Para além dos resultados positivos ao nível do exercício da parentalidade, nomeadamente no reforço de estratégias parentais positivas e na diminuição do uso da força e da disciplina inconsistente, o programa foi ainda percecionado como sendo útil na resolução de problemas pessoais e familiares (McMemany et al., 2011). Os facilitadores, médicos e enfermeiros, relataram elevados níveis de satisfação e reportaram pouco ou nenhum impacto negativo no restante trabalho por eles desenvolvido (McMemany et al., 2011).

A utilização do programa Anos Incríveis num outro estudo randomizado com um grupo de controlo, nos CSP, com pais de crianças dos 2 aos 8 anos, que pontuavam acima de 50% num inventário de comportamento, produziu, igualmente, melhorias na saúde mental das crianças (Patterson et al., 2002). Nomeadamente, observou-se uma redução

dos problemas comportamentais (e.g., hiperatividade) e emocionais das crianças, mas também uma diminuição da disfunção social entre pais após a intervenção e ao longo de seis meses (Patterson et al., 2002). Constatou-se que estes últimos ganhos ocorriam quer em crianças com problemas comportamentais, quer em crianças que não pontuavam clinicamente nos instrumentos de avaliação utilizados (Patterson et al., 2002).

Também Perrin e colaboradores (2014) levaram a cabo uma investigação com uma componente randomizada e outra não randomizada, em que o programa Anos Incríveis foi usado em contexto pediátrico, com pais de crianças dos 2 aos 4 anos, com problemas comportamentais. A eficácia do programa traduziu-se, mais uma vez, em mudanças efetivas, no sentido positivo, ao nível das práticas parentais e dos problemas comportamentais das crianças, sendo estes ganhos mantidos até 12 meses após a intervenção (Perrin et al., 2014).

Em 2010 e 2011, Kolko e colaboradores realizaram dois estudos randomizados com pais de crianças dos 6 aos 11 anos, referenciadas por problemas comportamentais, em que compararam a aplicação do PONI, baseado numa abordagem cognitivo-comportamental, com o cuidado usual fornecido nos CSP. No primeiro estudo constatou-se que, independentemente de as crianças estarem alocadas na condição de intervenção ou do cuidado usual, verificavam-se benefícios clínicos (Kolko et al., 2010). Nomeadamente, foram observadas reduções nos problemas externalizantes, internalizantes (e.g., sintomas depressivos) e de atenção, bem como no comprometimento funcional ao nível familiar, escolar e com os pares (Kolko et al., 2010). Foram, ainda, observadas remissões no diagnóstico de PHDA, PDO e PC, assim como ganhos no comportamento social, nas relações com os pares e no comportamento adaptativo das crianças, os quais se mantinham até 12 meses após a intervenção (Kolko et al., 2010). Contudo, o PONI produziu melhores resultados nalguns domínios, por comparação com o cuidado fornecido habitualmente, nomeadamente no que diz respeito à satisfação dos participantes, constatando-se elevadas taxas de iniciação e finalização do tratamento e poucas barreiras ao envolvimento (Kolko et al., 2010). No segundo estudo, verificou-se que o PONI é mais efetivo na redução de alguns problemas da criança (e.g., problemas de conduta e/ou emocionais, hiperatividade/défice de atenção e problemas com os pares) quando os efeitos são avaliados 12 meses após a intervenção, na população caucasiana (Kolko et al., 2011). Por sua vez, o cuidado habitual fornecido pelos CSP foi mais efetivo com a população não-caucasiana (Kolko et al., 2011). Deste estudo emergiu ainda, a conclusão de que fatores como a severidade da ansiedade e depressão na criança, assim como o nível de conflito familiar, predizem os resultados positivos na criança ao nível da sua saúde mental (Kolko et al., 2011). A duração da exposição ao tratamento mostrou ser, igualmente, uma variável com impacto positivo ao nível da saúde global da criança e da remissão do diagnóstico de perturbação (Kolko et al., 2011).

O programa *Parenting Matters* (Reid et al., 2013) foi também sujeito a um estudo randomizado num contexto de CSP, no seguimento de consultas a crianças dos 2 aos 5 anos, onde os pais expunham as suas preocupações sobre

a disciplina/educação dos seus filhos. Como resultados principais deste estudo é de destacar o facto de a intervenção (i.e., o *Parenting Matters* combinado com o cuidado habitualmente fornecido) se traduzir numa diminuição efetiva e mais rápida dos comportamentos disruptivos da criança e da psicopatologia global, por comparação com o que ocorre quando são fornecidos unicamente os cuidados de saúde habituais (Reid et al., 2013). Os ganhos mantêm-se ao longo de três e seis meses de *follow-up* e o estudo sugere, ainda, que as melhorias são mais significativas em casos de problemas comportamentais mais severos e/ou quando os pais estão mais recetivos à mudança na forma de educar os seus filhos (Reid et al., 2013). Apesar de os pais não terem reportado melhorias ao nível do exercício da parentalidade e da sua própria saúde mental, relataram elevados níveis de satisfação com a intervenção (Reid et al., 2013).

No estudo quasi-experimental realizado por Zubrick e colaboradores (2005) com o programa *Triple P*, nos serviços de saúde comunitária com o objetivo de prevenir problemas comportamentais em crianças dos 3 aos 4 anos, constataram-se níveis elevados de satisfação com o programa e um impacto positivo imediato e num período de 12 a 24 meses após a intervenção. Em particular, foi observada uma diminuição significativa dos níveis de disfuncionalidade parental e dos problemas comportamentais da criança, quando reportados pelos pais, assim como um impacto positivo e significativo na saúde mental destes, no seu ajustamento conjugal e nos níveis de conflito relativos à educação da criança (Zubrick et al., 2005).

Turner e Sanders (2006) conduziram, igualmente, um estudo randomizado com o programa *Triple P* nos CSP, numa amostra de pais com preocupações sobre questões comportamentais e desenvolvimentais das suas crianças, com idades compreendidas entre os 2 e 6 anos. Verificaram que estes reportavam uma redução significativa dos problemas comportamentais nas crianças e também menos disfuncionalidade no exercício da parentalidade (Turner & Sanders, 2006). Evidenciavam, igualmente, níveis inferiores de stress e ansiedade parental após a intervenção, quando comparados com os pais do grupo de controlo, que se encontravam em lista de espera para receberem a mesma intervenção (Turner & Sanders, 2006). Os resultados indicam que os ganhos observados após a intervenção são mantidos seis meses mais tarde (Turner & Sanders, 2006).

Apesar de os estudos analisados recorrerem a programas parentais distintos e apresentarem entre si diferenças metodológicas, os resultados são consensuais quanto à relevância da aplicação de programas de educação parental nos CSP. Neste sentido, os resultados encontrados na literatura científica fundamentam a implementação deste tipo de programas enquanto componente útil dos modelos de cuidados de saúde mental (Kolko et al., 2010; Kolko et al., 2011; Reid et al., 2013). No caso da implementação de tais programas ao nível dos CSP, que lidam com uma grande amplitude de problemáticas, aponta-se como benefício acrescido a circunstância de permitirem à população em geral um acesso efetivo a cuidados com eficácia clínica comprovada (Bower et al., 2001; Kolko et al., 2010; McMenamy et al., 2011; Perrin et al., 2014). A investigação desenvolvida apoia, igualmente, a

viabilidade de implementar este tipo de abordagem psicossocial no referido contexto, com o objetivo de promover a saúde mental através de programas de apoio à parentalidade (Kolko et al., 2010; McMemany et al., 2011).

### 1.1.3. Formação dos profissionais dos CSP

Para que seja possível uma integração plena de modelos de cuidados de saúde mental ao nível dos CSP, em particular relacionados com o aconselhamento de EEV para uma parentalidade positiva, há que encarar um outro aspeto, igualmente relevante, enfatizado pelos estudos. Concretamente, sublinha-se a referência ao desconforto e à preocupação sentidas pelos profissionais de saúde operando nestes contextos no que diz respeito aos seus conhecimentos e capacidades, que consideram limitados, para diagnosticar e gerir os cuidados de saúde mental em crianças e jovens (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Foy, 2010b; Foy & Perrin, 2010; Kelleher & Stevens, 2009), bem como a necessidade sentida de formação adicional (Hewitt, Hobday, & Crawford, 1989; Kolko et al., 2010; Lavigne, 2013; McMenamy et al., 2011).

Neste sentido, o estudo realizado por Chien e colaboradores (2006) contribuiu para a constatação de linhas informacionais determinantes para os profissionais de CSP, de entre as quais se destacam as técnicas de aconselhamento eficazes para a orientação e gestão de problemas comportamentais (e.g., PHDA) e a clarificação do papel destes cuidadores em casos de crianças com necessidades de intervenção ao nível da saúde mental (Hewitt et al., 1989). Por último, será de mencionar o fraco conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, no que diz respeito à existência de recursos na comunidade como programas de educação parental, que poderão contribuir para a prevenção e intervenção em saúde mental junto dos serviços de saúde comunitária (Foy & Perrin, 2010; Garg et al., 2007).

Estas conclusões vêm colocar uma ênfase particular na necessidade de dotar os profissionais dos CSP de formação específica para a prevenção e intervenção de primeira linha em saúde mental de crianças, nomeadamente dotando-os de competências de aconselhamento sobre EEV para o exercício de uma parentalidade positiva.

## 2. Objetivos

O presente estudo enquadra-se num dos focos de intervenção de um projeto mais alargado, com o título “Anos Incríveis para a promoção da Saúde Mental” (que passaremos a designar abreviadamente por “projeto”), financiado por verbas do Espaço Económico Europeu (EEA Grants, ref. PT06-51SM4), cujos objetivos gerais são: (i) promover a saúde mental, (ii) aumentar a eficácia dos profissionais que trabalham diretamente com crianças (e.g., professores, profissionais de saúde), (iii) promover interações positivas entre escola, profissionais de saúde e família e (iv) contribuir para a diminuição das desigualdades sociais (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, n.d.). Mais especificamente, a

presente investigação enquadra-se no foco III do projeto, que visa a implementação e disseminação dos princípios do programa Anos Incríveis a partir da formação de profissionais (e.g., dos CSP, escolas) com o intuito de garantir a sustentabilidade do projeto após a sua finalização (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, n.d).

Neste sentido, este estudo pretende compreender quais as necessidades de formação sentidas pelos profissionais de saúde e qual o impacto de uma ação de formação sobre estratégias de parentalidade positiva empiricamente validadas na prática profissional dos participantes e nas interações com a sua rede formal (e.g., colegas de trabalho) e informal (e.g., família, vizinhança e amigos). Deste modo, procura-se contribuir para a definição de algumas linhas orientadoras sobre aspetos a melhorar no suporte fornecido pelos profissionais de saúde nos Cuidados Primários às famílias que acompanham, assim como sobre aspetos a melhorar na formação destes profissionais.

Especificamente, pretende-se, em relação à ação de formação oferecida aos profissionais dos CSP: (i) compreender o nível de adesão e de satisfação dos participantes na formação; (ii) averiguar quais as EEV mais utilizadas no aconselhamento fornecido pelos profissionais de saúde, antes da ação de formação; (iii) avaliar o conhecimento destes profissionais sobre recursos comunitários, em particular sobre programas estruturados de educação parental; (iv) avaliar a mudança que a formação pode implicar no aconselhamento de EEV; (v) compreender o que os profissionais de saúde gostariam de modificar no seu aconselhamento às famílias, assim como as necessidades de formação percecionadas pelos mesmos antes da formação e decorridos três meses; (vi) avaliar se existe disseminação da informação recebida nas interações com a rede formal (e.g., colegas de trabalho) ou informal (e.g., família, vizinhança e amigos) dos profissionais de saúde; e, por fim, (vii) perceber se a disseminação na rede informal se relaciona com os níveis de satisfação com a metodologia utilizada na ação de formação.

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Procedimentos**

Estando o presente estudo enquadrado no âmbito de um projeto mais alargado (“Anos Incríveis para a promoção da Saúde Mental”), cujos objetivos foram anteriormente expostos, apresenta-se de seguida a informação relativa aos procedimentos de recolha de dados para o referido foco do supramencionado projeto, recolha esta que decorreu entre abril de 2015 e abril de 2016.

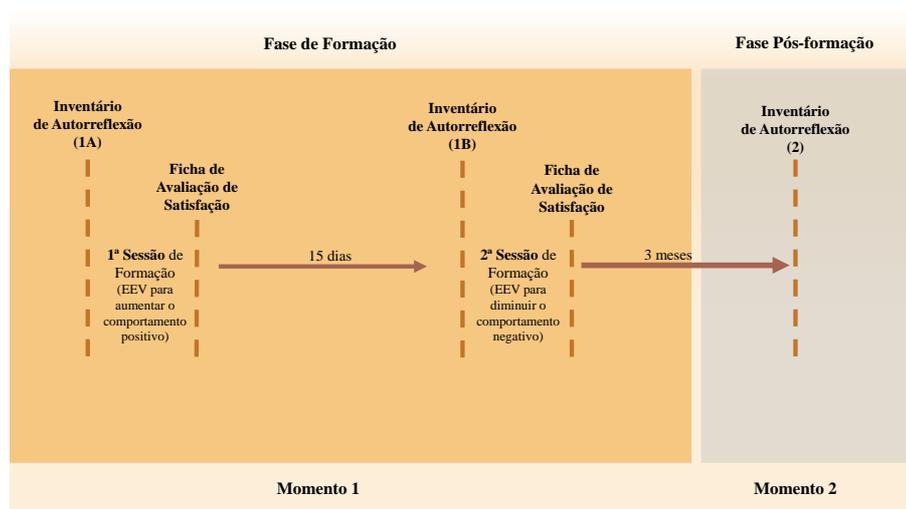
Num primeiro momento realizou-se uma reunião com o Presidente da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro) para explicar o projeto e a intenção de levar a cabo, junto dos profissionais dos CSP, uma ação de formação sobre estratégias de parentalidade positiva empiricamente validadas. Esta teria como objetivo capacitar os profissionais de saúde para auxiliarem os pais na gestão eficaz dos problemas comportamentais dos seus

filhos em idade pré-escolar. Nesta reunião o Presidente da ARS Centro sugeriu que a informação fosse enviada, via correio eletrónico, aos coordenadores dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) contemplados pelo critério de amostragem (descrito no tópico “Participantes”).

Num segundo momento procedeu-se ao envio da informação aos coordenadores e, com o conhecimento e validação destes, efetuou-se o contacto a 13 unidades de saúde, no sentido de convidar a tomar parte no projeto, através da participação dos profissionais interessados numa formação de 9 horas, subdividida em duas sessões, a ministrar na respetiva unidade de saúde. Estes contactos realizaram-se via telefónica e, na sua maioria, foram efetuados com técnicos referenciados pela Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP), parceira do projeto, como fazendo parte de uma Equipa Local de Intervenção (ELIs). Na sequência destes telefonemas foram enviados e-mails contendo informação geral sobre o projeto, nomeadamente um folheto informativo (cf. Anexo I), a ficha de inscrição (cf. Anexo II) e algum material bibliográfico para enquadrar a ação de formação (Azevedo, 2013; Webster-Stratton, Gaspar, & Seabra-Santos, 2012). Desta forma, o papel do técnico de referência consistiria na divulgação da formação e mobilização de colegas da unidade de saúde para participarem na mesma.

No início da primeira sessão foi entregue aos participantes uma pasta contendo, além de outros materiais, mais três artigos para o enquadramento da formação (Gaspar, 2011; Perrin et al., 2014; Years & Settings, n.d.), um inventário de autorreflexão, a preencher no início da sessão, e uma ficha de avaliação da satisfação com a sessão, a preencher no final (ambos descritos no tópico “Instrumentos de Avaliação”). Na segunda sessão de formação foram utilizados instrumentos idênticos (cf. Figura 1).

Decorridos três meses após a formação foi pedido aos participantes que respondessem a um inventário de autorreflexão que combinava as perguntas dos dois anteriores (cf. “Instrumentos de Avaliação”).



**Figura 1. Diagrama Processual das Fases do Projeto**

### 3.2. Participantes

A amostra do presente estudo incluiu 152 profissionais de CSP que frequentaram uma ação de formação, na sua maioria nas respetivas unidades de saúde. Destes, 127 (84%) eram do sexo feminino e 25 (16%) do sexo masculino, com uma média de idades de aproximadamente 44 anos ( $M = 43.97$ ;  $SD = 8.62$ ;  $n = 115$ ). No que diz respeito às categorias profissionais, 81 (53%) eram enfermeiros, 52 (34%) médicos, 9 (6%) assistentes sociais, 6 (4%) psicólogos e 3 (2%) incluíam-se noutras profissões (e.g., nutricionista, higienista oral e fisioterapeuta).

Trata-se de uma amostra escolhida por conveniência em 11 unidades de saúde que acederam receber a formação e participar no estudo (das 13 unidades contactadas), havendo ainda 7 participantes de 3 unidades de saúde não contempladas inicialmente pelo projeto mãe. Estes foram incluídos na formação e no estudo devido à demonstração de interesse pessoal em receber a formação, e pela existência de vagas que permitiram a sua participação.

As unidades de saúde foram contactadas em função da área geográfica abrangida pelo estudo, que correspondia ao distrito de Coimbra e, dentro deste, à área de intervenção da ANIP, que contemplava o ACES do Pinhal Interior Norte e do Baixo Mondego (cf. Tabela 1). Em termos de urbanidade, 63% destas unidades estavam inseridas em áreas predominantemente urbanas (APU), enquanto 34% se localizavam em áreas moderadamente urbanas (AMU).

**Tabela 1**  
**Número de participantes na ação de formação**

Unidades de saúde contactadas	Participantes na primeira sessão (n)	Participantes na segunda sessão (n)
CS Arganil/Góis	15	15
CS São Martinho	8	8
CS Miranda do Corvo	15	15
CS Vila Nova de Poiares	10	10
USF Lousã	13	13
UCSP Coimbra	15	14
UCSP Cantanhede	11	11
USF Condeixa	18	18
UCSP Montemor	15	15
UCSP Soure	14	14
UCSP Penela	12	12
CS Mira	0	0
CS Penacova	0	0

Nota. Unidades de saúde: Centro de Saúde (CS); Unidade de Saúde Familiar (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

### 3.3. Intervenção: Ação de formação

No total foram realizadas 11 formações entre Maio e Outubro de 2015, com uma duração de 9 horas, divididas em duas sessões de 4h30min cada, com um espaçamento de aproximadamente quinze dias entre ambas. Na sua maioria, as sessões foram fornecidas por duas *peer coach* (supervisoras) acreditadas do programa Anos Incríveis e, tiveram lugar em dias e horários que as unidades de saúde têm reservados para reuniões e/ou formações e num espaço disponibilizado pelas mesmas (com exceção do UCSP de Coimbra, cujos profissionais foram reunidos numa mesma formação que decorreu na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra).

A ação de formação dos profissionais de saúde consistiu numa breve contextualização e apresentação do programa Anos Incríveis para pais, programa de educação parental validado internacionalmente e no nosso país. À semelhança do que acontece nos grupos de pais com o programa Anos Incríveis, procurou-se sensibilizar os profissionais de saúde, durante a formação, para a importância do treino de EEV que promovem relações positivas entre pais e filhos, a autorregulação, a compreensão dos marcos desenvolvimentais da infância e o reconhecimento de diferenças temperamentais nas crianças (Seabra-Santos et al., no prelo). Mais especificamente, a primeira sessão incidia sobre estratégias como o brincar, o elogiar e o recompensar, que visam aumentar os comportamentos positivos da criança. Na segunda sessão eram trabalhadas estratégias que visam a diminuição do comportamento negativo, tais como dar ordens de modo eficaz, ignorar e aplicar consequências. Em cada uma das sessões era feito um intervalo no qual se oferecia um lanche aos participantes.

A abordagem colaborativa foi a base para a gestão e organização de cada sessão, recorrendo-se, igualmente, à utilização de metodologias ativas, nomeadamente, a visualização de vídeos sobre interações reais entre pais e crianças, com o intuito de promover a autorreflexão, discussão e resolução de problemas entre os elementos do grupo, e a realização de exercícios práticos (e.g., *role-play*) (Seabra-Santos et al., no prelo).

No final da formação era entregue a cada participante presente nas duas sessões um livro do programa Anos Incríveis (Webster-Stratton, 2005/2013), um certificado de participação e um íman com um ícone do programa.

### 3.4. Instrumentos de avaliação

De seguida são apresentados de forma sumária os instrumentos de avaliação utilizados neste estudo.

#### i. Três Inventários de Autorreflexão concebidos para o projeto. A

primeira parte destes inventários incide sobre estratégias de parentalidade positiva empiricamente validas, questionando-se a frequência com que os profissionais de saúde recomendam às famílias cada uma das estratégias listadas (8 na primeira sessão, 6 na segunda). Estas questões são respondidas com recurso a uma escala de 5 pontos: “Nunca ou quase nunca”, “Em cerca de ¼ das vezes”, “Em cerca de ½ das vezes”, “Em cerca de ¾ das vezes” e “Sempre ou quase sempre”. A segunda parte dos inventários é composta por uma questão de resposta aberta, cujo objetivo consiste em avaliar quais as necessidades de mudança sentidas pelos profissionais de saúde relativamente à utilização das EEV que vão ser abordadas na sessão. O primeiro inventário diz respeito a EEV para aumentar os comportamentos positivos e foi preenchido no início da primeira sessão (cf. Anexo III). Por sua vez, o segundo inventário, usado na segunda sessão, avalia a utilização de EEV para diminuir os comportamentos negativos (cf. Anexo IV).

Após três meses foi aplicado o terceiro **Inventário de Autorreflexão** que contempla, igualmente, duas partes. Uma primeira parte englobando todos os itens dos dois inventários anteriores, correspondentes a EEV aconselhadas aos pais, e recorrendo à mesma escala de resposta. Na segunda parte, formada por 6 questões mais gerais, pretende-se avaliar as perceções dos profissionais de saúde quanto à necessidade de formação adicional nesta área, através de uma questão aberta e de uma outra em que é pedido aos profissionais que pontuem numa escala de 4 pontos (i.e., “Nenhuma”, “Pouca”, “Alguma”, “Muita”) ao nível de formação que gostariam de obter no futuro, relativamente a seis das estratégias abordadas na formação (cf. Anexo V). Este questionário pretende, igualmente, avaliar o impacto da formação nos participantes, quer ao nível da sua intervenção profissional, quer também ao nível da atuação pessoal com a sua rede informal (e.g., família, vizinhança e amigos).

ii. Para avaliar a satisfação com a formação recorreu-se a uma **Ficha de Avaliação da Satisfação** (Webster-Stratton, 2001) idêntica à que é utilizada no final das sessões de grupos de pais com o programa Anos Incríveis, mas neste caso com o objetivo de avaliar o grau de utilidade de cada um dos diferentes componentes da ação de formação: 1) conteúdos, 2) exemplos e vídeos, 3) tarefas e questões, 4) dinamização e 5) participação em discussões de grupo. Cada um destes 5 componentes é avaliado numa escala de resposta de 4 pontos (i.e., “de nenhuma ajuda”, “de pouca ajuda”, “de alguma ajuda” e “de grande ajuda”). A ficha contém, ainda, um espaço para observações e/ou comentários por parte dos participantes (cf. Anexo VI).

### 3.5. Tratamento de dados

As análises estatísticas dos dados recolhidos neste trabalho foram realizadas recorrendo ao programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22, ao *Microsoft Excel Worksheet*, versão de 2013 para Windows e ao *MATrix LABORatory* (Matlab), versão 2016. Para a análise dos dados recorreu-se a procedimentos de estatística descritiva e inferencial. No que diz respeito aos primeiros realizaram-se, por exemplo, cálculos de

médias e de desvios-padrão com o intuito de caracterizar a amostra. Procedeu-se, igualmente, ao cálculo de frequências com o objetivo de explorar variáveis ordinais (e.g., grau de satisfação com a metodologia de formação) e nominais (e.g., aspetos que os técnicos gostariam de mudar antes e após a formação).

Quanto às estatísticas inferenciais realizaram-se testes não paramétricos, nomeadamente o teste de Wilcoxon signed rank, de modo a efetuar comparações entre o mesmo grupo de sujeitos em dois momentos distintos, tendo-se definido o nível de significância em  $\alpha = .05$  para todos os testes estatísticos. Em particular, realizou-se este teste para comparar a satisfação dos técnicos com a formação (teste bilateral), entre a primeira e a segunda sessão, assim como para comparar as EEV aconselhadas nos CSP (teste unilateral), entre a fase de formação e a fase de pós-formação (cf. Figura 1). Posteriormente procedeu-se ao cálculo da magnitude do efeito através da correlação produto-momento ( $r = z / \sqrt{N}$ ) (Field, 2013; Rosenthal, 1991; Rosenthal & Rosnow, 1991). Por último, não se tendo verificado as condições de aplicabilidade do teste qui-quadrado para a independência, optou-se pelo teste de Fisher, com o intuito de compreender de que forma os níveis de satisfação com a metodologia utilizada nas sessões se relacionam com o comportamento na rede informal, mais especificamente com o utilizar e/ou falar sobre as EEV com familiares, amigos e vizinhos.

#### 4. Resultados

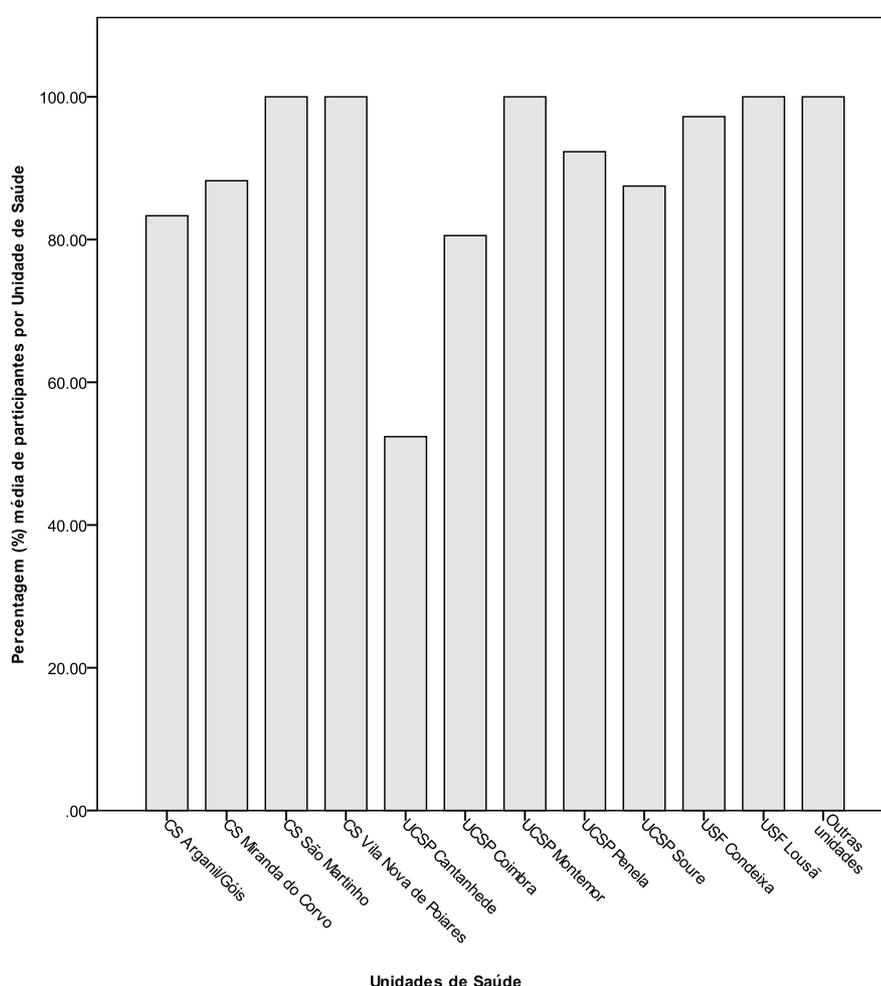
Os resultados serão apresentados em três pontos fundamentais. O primeiro ponto diz respeito à fase de formação (cf. Figura 1), que contempla a avaliação dos níveis de adesão e do grau de satisfação reportados pelos profissionais de saúde. O segundo ponto aborda a avaliação realizada aos profissionais de saúde previamente à formação (momento 1; cf. Figura 1), contemplando duas partes: as EEV preponderantes na prática profissional dos técnicos de saúde, no que diz respeito ao aconselhamento das famílias na gestão comportamental de crianças em idade pré-escolar, no contexto dos CSP; e, aquilo que os profissionais de saúde gostariam de mudar nas suas práticas de aconselhamento aos pais.

O terceiro ponto centra-se na avaliação realizada três meses após a formação (momento 2; cf. Figura 1), repartindo-se em quatro partes. A primeira parte diz respeito à avaliação da eventual mudança no aconselhamento de EEV antes e depois da formação. Na segunda parte exploram-se os aspetos que os profissionais de saúde gostariam de mudar na sua prática profissional. Na terceira parte, expõem-se as necessidades de formação ainda percecionadas pelos técnicos, no âmbito do aconselhamento de EEV nos CSP. Por fim, na quarta parte, aborda-se o impacto da formação ao nível da interação dos profissionais na sua rede formal e informal (e.g., família, vizinhança e amigos).

Para cada ponto são consideradas apenas as respostas válidas, cujo número é variável em função dos profissionais de saúde que responderam a cada um dos itens. Nesse sentido, indicar-se-á no texto entre parênteses (*n*) o número de respondentes em cada caso.

#### 4.1. Indicadores de adesão e de satisfação com a formação

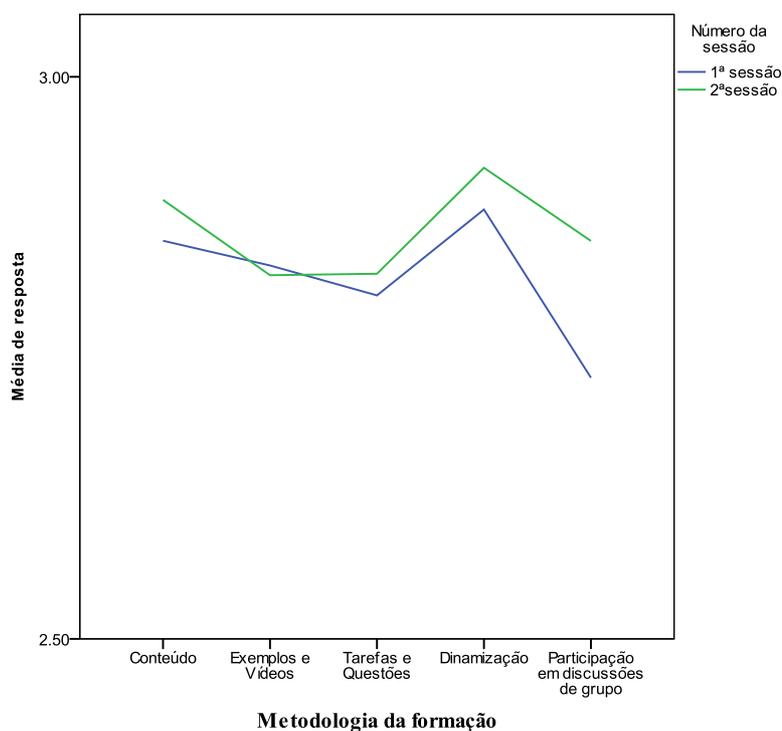
Na análise do envolvimento dos profissionais de saúde verificou-se que, dos 167 técnicos inscritos a partir das 11 unidades de saúde contempladas pelo projeto, 145 compareceram a pelo menos uma sessão (87%) e 131 compareceram a ambas as sessões (78%). Para além destes participantes houve, ainda, 7 elementos de outras unidades de saúde que aderiram espontaneamente à iniciativa e foram incluídos na amostra desta dissertação (cf. tópico “Participantes”). Assim, o número total de participantes foi igual a 152. Ao observar a Figura 2 constata-se que cinco unidades de saúde tiveram uma participação média entre as duas sessões de 100%, o que contrasta com uma outra unidade de saúde, o UCSP de Cantanhede, em que o número médio de participantes nas duas sessões de formação foi de 52%.



*Nota.* Unidades de Saúde - CS = Centro de Saúde; USF = Unidade de Saúde Familiar; UCSP = Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**Figura 2. Participantes na Formação por Unidade de Saúde**

No que diz respeito ao grau de satisfação reportado pelos profissionais de saúde com a formação constatarem-se elevados níveis de satisfação relativamente aos diversos aspetos da formação. Assim, observou-se que a maioria dos profissionais classificou os vários aspetos contemplados na Ficha de Avaliação da Satisfação como sendo “de grande ajuda” (por exemplo, 81% quanto ao conteúdo da primeira sessão; 78% quanto aos exemplos e vídeos da primeira sessão; 82% quanto à dinamização da segunda sessão; 77% quanto à participação em discussões de grupo da segunda sessão), tal como se pode observar na Figura 3. Constatou-se, ainda, que no que diz respeito ao grau de satisfação com a “participação em discussões de grupo durante a sessão”, este foi significativamente mais elevado na segunda sessão ( $Mdn = 3$ ) comparativamente à primeira ( $Mdn = 3$ ),  $z = 2.61$ ,  $p = .01$ ,  $r = .21$ , não tendo havido diferenças entre as duas sessões no que diz respeito aos restantes parâmetros de satisfação avaliados. O número de respondentes por item variou entre 136 e 144, sendo que nalguns casos foram deixadas respostas em branco.



Nota. Escala de resposta: 0 = de nenhuma ajuda; 1 = de pouca ajuda; 2 = de alguma ajuda; 3 = de grande ajuda.

**Figura 3. Grau de Satisfação Médio com as Metodologias Utilizadas na Formação**

#### 4.2. Avaliação prévia à formação

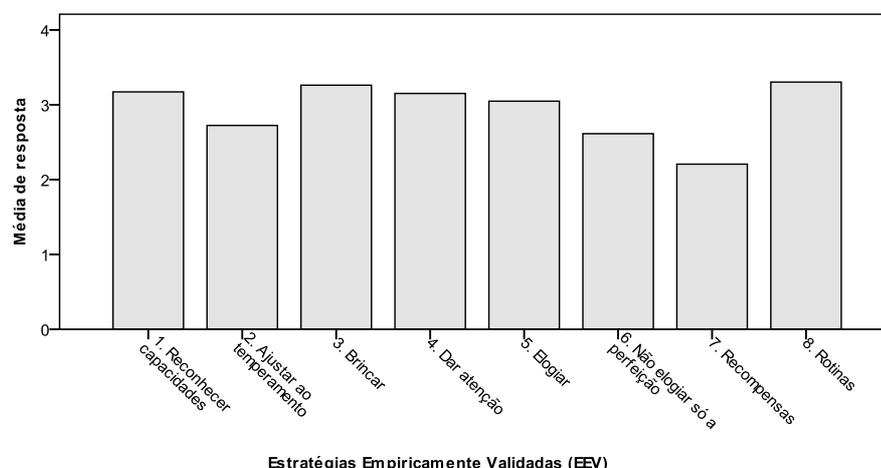
Neste ponto são reportadas as respostas dos participantes aos Inventários de Autorreflexão preenchidos no início de cada uma das sessões

de formação, relativos às EEV já anteriormente sugeridas às famílias e ao que gostariam de mudar nas suas práticas de aconselhamento aos pais. O número de respondentes por item variou entre 139 e 149, sendo que nalguns casos os profissionais deixaram respostas em branco.

#### 4.2.1. EEV aconselhadas previamente à formação

No que diz respeito à perceção dos profissionais de saúde, quanto à frequência com que aconselhavam aos pais EEV para aumentar o comportamento positivo das crianças, previamente à formação, verificou-se que o grau de resposta mais frequente foi “Em cerca de  $\frac{3}{4}$  das vezes” e “Sempre ou quase sempre” (cf. Figura 4). Contudo, houve duas EEV, o “Evitar elogiar apenas a perfeição” e o “Estabelecer programas de recompensas adequados”, em que o grau de resposta mais frequente foi “Em cerca de  $\frac{1}{2}$  das vezes” (reportado por 29% e por 32% dos profissionais de saúde, respetivamente).

Destaca-se, desta análise, o facto de existirem duas estratégias (i.e., o “Reconhecer as capacidades e necessidades das crianças” e “Compreender a importância das rotinas e horários previsíveis para as crianças”) em que a amplitude de resposta dos profissionais de saúde varia entre “Em cerca de  $\frac{1}{4}$  das vezes” e “Sempre ou quase sempre”.

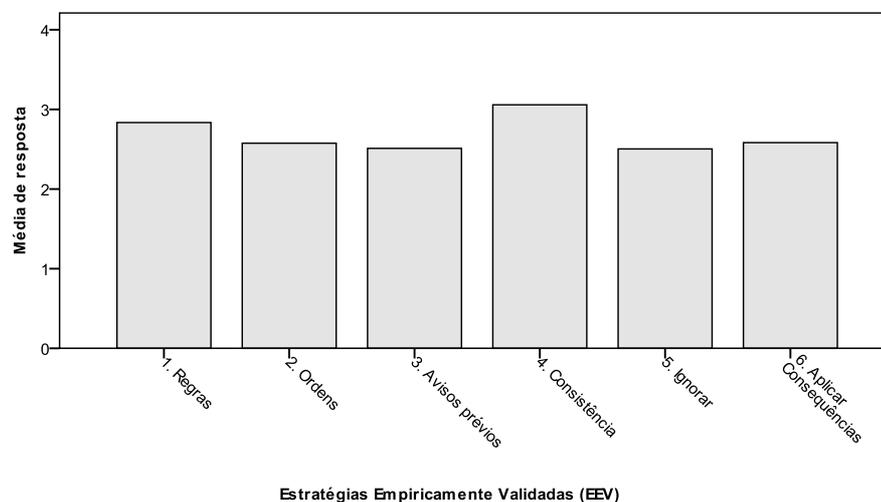


*Nota.* Escala de resposta: 0 = Nunca ou quase nunca; 1 = Em cerca de 1/4 das vezes; 2 = Em cerca de 1/2 das vezes; 3 = Em cerca de 3/4 das vezes; 4 = Sempre ou quase sempre. EEV: 1. Reconhecer capacidades e necessidades das crianças; 2. Ajustar atividades ao temperamento e características das crianças; 3. Construir relações positivas e brincar com as crianças; 4. Compreender a importância da atenção por parte dos adultos para promover comportamentos positivos nas crianças; 5. Usar elogios e encorajar as crianças através de frases específicas; 6. Evitar elogiar apenas a perfeição; 7. Estabelecer programas de recompensas adequados; 8. Compreender a importância das rotinas e dos horários previsíveis para as crianças.

**Figura 4. EEV para Promover o Comportamento Positivo da Criança**

Quanto às seis EEV sugeridas aos pais pelos profissionais de saúde previamente à formação com o intuito de diminuir o comportamento negativo das crianças (cf. Figura 5), verificou-se que a resposta mais frequente foi,

igualmente, “Em cerca de  $\frac{3}{4}$  das vezes”. A estratégia “Compreender a importância da consistência” destaca-se como sendo a mais aconselhada pelos profissionais.



*Nota.* Escala de resposta: 0 = Nunca ou quase nunca; 1 = Em cerca de 1/4 das vezes; 2 = Em cerca de 1/2 das vezes; 3 = Em cerca de 3/4 das vezes; 4 = Sempre ou quase sempre. EEV: 1. Definir regras claras e previsíveis para as crianças; 2. Transmitir ordens eficazes, evitando que sejam vagas e negativas; 3. Compreender a importância dos avisos prévios, lembretes e de redirecionar o comportamento; 4. Compreender a importância da consistência; 5. Ignorar alguns comportamentos negativos; 6. Aplicar consequências lógicas, breves e imediatas para o comportamento negativo das crianças.

**Figura 5. EEV para Diminuir o Comportamento Negativo da Criança**

#### 4.2.2. O que os profissionais de saúde gostariam de mudar nas suas práticas (momento 1)

Relativamente à perceção dos profissionais de saúde sobre o que gostariam de mudar na sua prática profissional ao nível do aconselhamento aos pais sobre EEV de parentalidade positiva (primeira sessão da formação, cf. Figura 1), realça-se, com frequências de resposta mais elevadas, o “Ajustar atividades ao temperamento e características das crianças” assim como o “Estabelecer programas de recompensas adequados”, que representam respetivamente mais do que 20% do total de respostas, tal como se pode constatar pela observação da Tabela 2. Por sua vez, as estratégias “Construir relações positivas e brincar com as crianças” e “Usar elogios e encorajar as crianças através de frases específicas” representam, respetivamente, mais de 10% do total de respostas, distribuindo-se as restantes respostas pelas outras estratégias abordadas na primeira sessão de formação. As estratégias reportadas resultaram das respostas obtidas a partir de 87 profissionais de saúde que responderam a esta questão na primeira sessão (57% do total), dos quais alguns deram respostas múltiplas (i.e., reportaram mais do que uma EEV).

**Tabela 2**

***O que os técnicos gostariam de mudar no aconselhamento às famílias para promover comportamentos positivos nas crianças (Estratégias abordadas na primeira sessão)***

	Respostas	
	N	Percentagem (%)
Reconhecer capacidades e necessidades criança	14	9
Ajustar atividades ao temperamento e características da criança	32	21
Construir relações positivas e brincar com as crianças	17	11
Compreender a importância da atenção por parte dos adultos para promover o comportamento positivo nas crianças	11	7
Usar elogios e encorajar as crianças através de frases específicas	22	14
Evitar elogiar apenas a perfeição	14	9
Estabelecer programas de recompensas adequados	32	21
Compreender a importância das rotinas e horários previsíveis para as crianças	12	8
Número total de respostas reportadas	154	100

Por outro lado, quanto às estratégias apresentadas para diminuir o comportamento negativo (segunda sessão da formação, cf. Figura 1), os profissionais assinalaram com mais frequência (24%) o “Aplicar consequências lógicas, breves e imediatas para o comportamento negativo das crianças”, como se pode observar na Tabela 3. O “Compreender a importância dos avisos prévios, lembretes e de redirecionar o comportamento” e “Ignorar alguns comportamentos negativos” foram também estratégias muito reportadas (representando mais de 15% das respostas), distribuindo-se as restantes respostas pelas outras estratégias abordadas na segunda sessão de formação. As respostas obtidas resultaram do relato de 67 profissionais de saúde que responderam a esta questão (44% do total), de entre os quais alguns deram respostas múltiplas.

**Tabela 3**

***O que os técnicos gostariam de mudar no aconselhamento às famílias para diminuir o comportamento negativo das crianças (Estratégias abordadas na segunda sessão)***

	Respostas	
	N	Percentagem (%)
Definir regras claras e previsíveis para as crianças	19	15
Transmitir ordens mais eficazes, evitando que sejam vagas e negativas	18	14
Compreender a importância dos avisos prévios, lembretes e de redirecionar o comportamento	24	19
Compreender a importância da consistência	14	11
Ignorar alguns comportamentos negativos	22	17
Aplicar consequências lógicas, breves e imediatas para o comportamento negativo das crianças	31	24
Número total de respostas reportadas	128	100

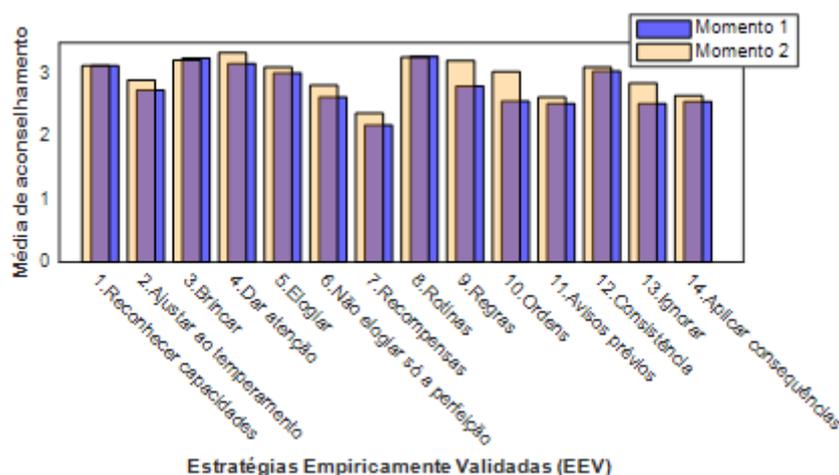
### **4.3. Avaliação três meses após a formação**

Neste ponto são reportadas as respostas dos participantes ao Inventário de Autorreflexão preenchido três meses após a formação, relativo às EEV aconselhadas aos pais nos CSP. Este inventário foi preenchido por 116 dos participantes na formação, o que corresponde a uma taxa de resposta de 76%. As respostas dadas permitiram apurar que, no período de três meses após a formação, estes profissionais identificaram a necessidade de aconselhamento, ao nível da gestão comportamental das crianças, em cerca de 40% das famílias com quem contactaram (note-se que esta percentagem foi obtida com base em apenas 88 respostas). Por outro lado, somente 10 profissionais de saúde (7% dos 115 que responderam) referiram ter conhecimento de um programa estruturado para pais de crianças com problemas de comportamento, antes de frequentarem a formação. Contudo, quando analisadas as respostas destes participantes verificou-se que apenas quatro se referiam efetivamente a programas estruturados para pais de crianças com problemas de comportamento, em particular o programa Anos Incríveis ( $n = 2$ ) e o programa Parentalidade Positiva ( $n = 2$ ), não correspondendo as restantes respostas a programas estruturados, mas sim à referência a um programa inexistente ( $n = 1$ ) e a intervenções no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na

Infância (SNIPI) ( $n = 5$ ). Assim, estas últimas parecem dizer respeito à intervenção precoce centrada no sistema familiar e, por conseguinte, na criança, abrangendo ações de prevenção e reabilitação a diversos níveis (i.e., educação, saúde e ação social), realizadas pelas ELIs e tendo por base a implementação de um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, n.d.).

#### 4.3.1. Avaliação da mudança quanto a EEV aconselhadas antes e após a formação

Da avaliação efetuada antes da formação para a realizada três meses depois foi possível constatar mudanças quanto à frequência com que os técnicos aconselhavam aos pais a utilização de algumas das estratégias contempladas pelas duas sessões de formação. Na Figura 6 podem observar-se as médias de frequência com que os profissionais de saúde ( $n$  entre 104 e 106) aconselharam os pais quanto ao uso de EEV no momento 1 (anterior à formação) e no momento 2 (posterior à formação, cf. Figura 1). Tal como se pode observar, as médias de frequências foram quase sistematicamente superiores no momento 2 comparativamente ao momento 1.



*Nota.* Escala de resposta: 0 = Nunca ou quase nunca; 1 = Em cerca de 1/4 das vezes; 2 = Em cerca de 1/2 das vezes; 3 = Em cerca de 3/4 das vezes; 4 = Sempre ou quase sempre. EEV: 1. Reconhecer capacidades e necessidades das crianças; 2. Ajustar atividades ao temperamento e características das crianças; 3. Construir relações positivas e brincar com as crianças; 4. Compreender a importância da atenção por parte dos adultos para promover comportamentos positivos nas crianças; 5. Usar elogios e encorajar as crianças através de frases específicas; 6. Evitar elogiar apenas a perfeição; 7. Estabelecer programas de recompensas adequados; 8. Compreender a importância das rotinas e dos horários previsíveis para as crianças; 9. Definir regras claras e previsíveis para as crianças; 10. Transmitir ordens eficazes, evitando que sejam vagas e negativas; 11. Compreender a importância dos avisos prévios, lembretes e de redirecionar o comportamento; 12. Compreender a importância da consistência; 13. Ignorar alguns comportamentos negativos; 14. Aplicar consequências lógicas, breves e imediatas para o comportamento negativo das crianças.

**Figura 6. Média de Aconselhamento de EEV no Momento 1 e no Momento 2**

Em particular, nas estratégias utilizadas para aumentar o comportamento positivo o item “Compreender a importância da atenção por parte dos adultos para promover comportamentos positivos nas crianças” foi assinalado como significativamente mais recomendado três meses após a formação ( $Mdn = 4$ ) comparativamente à avaliação efetuada antes da primeira sessão de formação ( $Mdn = 3$ ),  $z = 1.97$ ,  $p = .025$ ,  $r = .16$ . Observou-se a mesma situação com a estratégia “Evitar elogiar apenas a perfeição”, em que o comportamento em questão foi significativamente mais aconselhado decorridos três meses após a formação ( $Mdn = 3$ ) comparativamente à primeira sessão ( $Mdn = 3$ ),  $z = 1.99$ ,  $p = .02$ ,  $r = .16$ . Nesta análise surge, ainda, a estratégia “Estabelecer programas de recompensas” que se encontra no limiar do nível de significância estatística, com um valor  $p = .054$ .

Quanto às estratégias utilizadas para diminuir o comportamento negativo verificou-se que estratégias como “Definir regras claras e previsíveis para as crianças” ( $z = 3.53$ ,  $p < .001$ ,  $r = .29$ ), “Transmitir ordens mais eficazes, evitando que sejam vagas e negativas” ( $z = 3.85$ ,  $p < .001$ ,  $r = .31$ ) e “Ignorar alguns comportamentos negativos” ( $z = 2.63$ ,  $p = .01$ ,  $r = .21$ ) foram assinaladas como significativamente mais recomendados na avaliação realizada três meses após a formação ( $Mdn = 3$ ) comparativamente ao que havia sido registado antes da segunda sessão da formação ( $Mdn = 3$ ).

#### **4.3.2. O que os profissionais de saúde gostariam de mudar nas suas práticas (momento 2)**

Decorridos três meses da formação procurou apurar-se, novamente, qual a perceção dos profissionais de saúde sobre o que ainda gostariam de mudar no aconselhamento fornecido aos pais durante a sua prática nos CSP. Dos 116 profissionais que retornaram o inventário, 83 (72%) responderam a esta questão, fornecendo, alguns deles, respostas múltiplas. De entre todas as estratégias contempladas na formação, algumas foram mais reportadas pelos profissionais de saúde (cf. Tabela 4). Particularmente, 16% do total de respostas incidiu sobre a necessidade de mudar o aconselhamento no que diz respeito a “Estabelecer programas de recompensas adequados”. Segue-se, com 11% de respostas, o item “Ajustar atividades ao temperamento e características das crianças”, e com 10% de respostas o item “Compreender a importância dos avisos prévios, lembretes e de redirecionar o comportamento”.

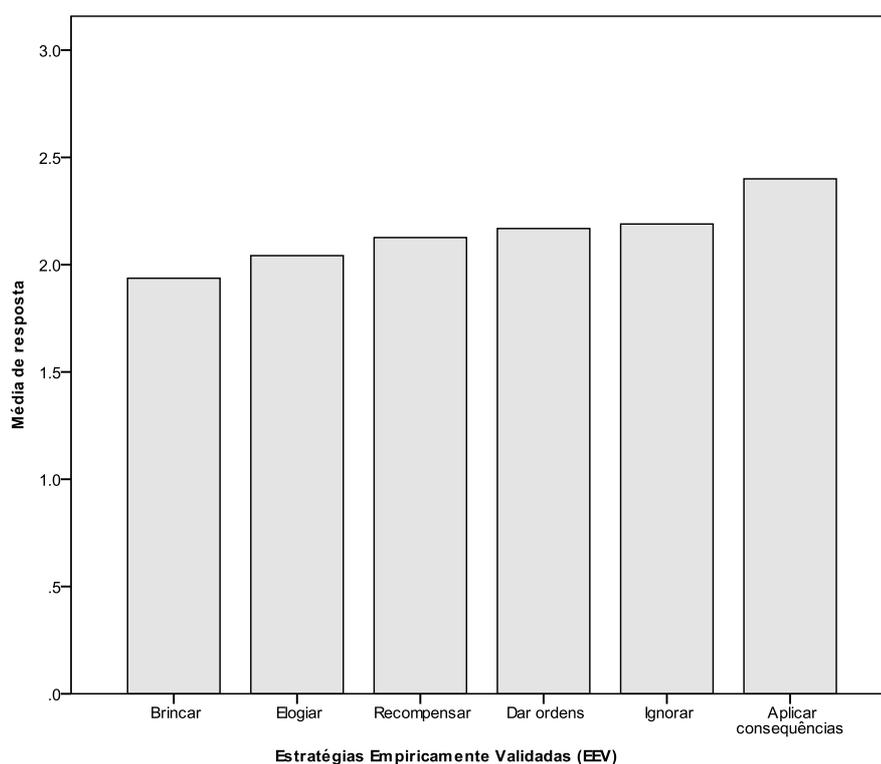
**Tabela 4**

***O que os técnicos gostariam de mudar no aconselhamento às famílias ao nível da gestão comportamental das suas crianças (Estratégias abordadas na primeira e na segunda sessão)***

	Respostas	
	N	Percentagem (%)
Reconhecer capacidades e necessidades das crianças	8	4
Ajustar atividades ao temperamento e características da criança	20	11
Construir relações positivas e brincar com as crianças	12	6
Compreender a importância da atenção por parte dos adultos para promover o comportamento positivo nas crianças	5	3
Usar elogios e encorajar as crianças através de frases específicas	9	5
Evitar elogiar apenas a perfeição	11	6
Estabelecer programas de recompensas adequados	30	16
Compreender a importância das rotinas e horários previsíveis para as crianças	5	3
Definir regras claras e previsíveis para as crianças	11	6
Transmitir ordens mais eficazes, evitando que sejam vagas e negativas	14	8
Compreender a importância dos avisos prévios, lembretes e de redirecionar o comportamento	19	10
Compreender a importância da consistência	8	4
Ignorar alguns comportamentos negativos	18	10
Aplicar consequências lógicas, breves e imediatas para o comportamento negativo da criança	16	9
Número total de estratégias reportadas	187	100

### 4.3.3. Necessidade de formação reportada (momento 2)

No que diz respeito ao nível de formação que os profissionais dos CSP ainda desejariam obter no futuro, constatou-se que a taxa de resposta mais frequente é de 2 (“alguma”), numa escala de 0 (“nenhuma”) a 3 (“muita”). Na Figura 7, destaca-se que os profissionais de saúde que responderam a esta questão ( $n$  entre 100 e 107) parecem sentir mais necessidade de formação relativamente a EEV utilizadas para a diminuição de comportamentos negativos da criança.



Nota. Escala de resposta: 0 = Nenhuma; 1 = Pouca; 2 = Alguma; 3 = Muita

**Figura 7. Necessidades de Formação Sentidas por Profissionais de Saúde no Aconselhamento de EEV**

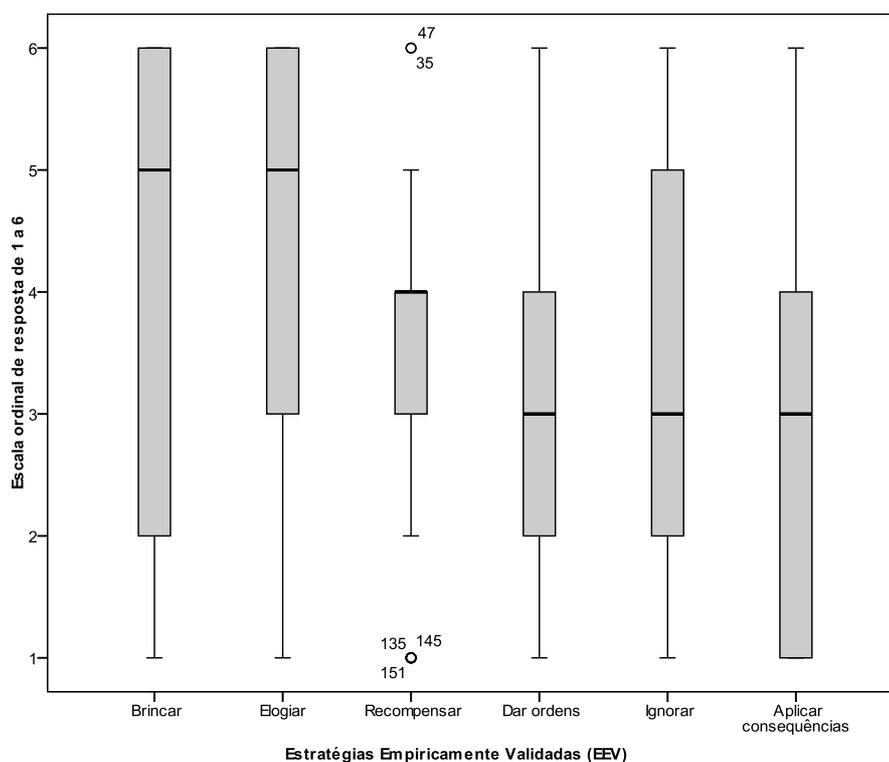
### 4.3.4. Impacto da formação nas relações com as redes (in)formal

Relativamente à análise do impacto da formação na relação dos profissionais de saúde com a sua rede informal, verificou-se que 101 (66%) profissionais utilizaram e/ou falaram sobre as EEV com familiares, amigos, vizinhos ou outras pessoas ( $n = 114$ ).

Da análise das classificações feitas por 90 profissionais que responderam à questão relativa à utilização das EEV junto da sua rede informal, numa escala de 6 (“a que mais utilizou e/ou falou”) a 1 (“a que menos utilizou e/ou falou”), pode-se constatar, pela observação da Figura 8,

que as EEV mais utilizadas e/ou faladas foram as que promovem comportamentos positivos na criança, em particular o “Brincar” com 75% das respostas entre o valor de 2 e 6 ( $Mdn = 5$ ); em paralelo encontra-se o “Elogiar” com 75% das respostas entre o valor de 3 e 6 ( $Mdn = 5$ ). No caso do “Recompensar” encontram-se valores discrepantes no sentido de ser a estratégia mais utilizada e/ou falada por dois participantes, e a menos utilizada e/ou falada por três participantes, mas constatando-se que a maioria dos profissionais (50%) concentra as suas respostas entre 3 e 4 ( $Mdn = 4$ ).

No que diz respeito às EEV destinadas a diminuir o comportamento negativo, verifica-se na Figura 8, que para a estratégia “Dar ordens” 50% das respostas situam-se entre 2 e 4 ( $Mdn = 3$ ;  $n = 89$ ); analogamente, 50% das respostas para a estratégia “Ignorar” estão compreendidas entre 2 e 5 ( $Mdn = 3$ ;  $n = 89$ ); e, por último, para o “Aplicar consequências”, 75% das respostas concentram-se entre 1 e 4 ( $Mdn = 3$ ;  $n = 89$ ).



*Nota.* Escala de resposta: 6 (a que mais utilizou e/ou falou) até 1 (a que menos utilizou e/ou falou). A caixa-com-bigodes representa, para cada estratégia, os valores onde se situam as respostas, fornecendo informação sobre o 1º Quartil (abaixo do qual se encontram 25% das respostas), a mediana (traço escuro), o 3º Quartil (acima do qual se encontram 25% das respostas); a amplitude interquartil, representada a cinzento (onde se situam 50% das respostas); o valor máximo e mínimo; e, caso existam, os *outliers*, simbolizados por círculos sem preenchimento.

**Figura 8.** EEV utilizadas pelos Profissionais de Saúde na sua Rede Informal

Na análise do impacto da formação, na rede informal dos profissionais de saúde, procurou perceber-se de que modo a satisfação reportada relativamente à metodologia utilizada na formação estava relacionada com a utilização das EEV na rede informal, decorridos três meses após a formação.

Da análise realizada, constatou-se que, dos vários métodos abordados na formação apenas um, a “participação em discussões de grupo” na segunda sessão de formação, se mostrou relacionado com a utilização de EEV na rede informal ( $p = .04$ ). É, então, possível rejeitar a hipótese da independência entre as variáveis em estudo, o que se deve, essencialmente, ao facto de os profissionais que consideraram somente de “alguma ajuda” a participação em discussões de grupo terem respondido mais vezes “não” à questão da utilização de EEV com a sua rede informal do que o que seria expectável se as variáveis fossem independentes, tal como se pode analisar na Tabela 5 de resíduos (resíduo positivo, 2.0). No que diz respeito à força desta associação constatou-se que é de  $\phi = .23$ .

**Tabela 5**

**Utilização de EEV na Rede Informal\*Satisfação com a participação em Discussões de Grupo**

		Participação em Discussões de Grupo			
		De alguma ajuda	De grande ajuda	Total	
Utilização de EEV na Rede Informal	Sim	Frequência	12	84	96
		Frequência esperada	14.5	81.5	96
		Resíduos padronizados	-0.7	0.3	
	Não	Frequência	4	6	10
		Frequência esperada	1.5	8.5	10
		Resíduos Padronizados	2.0	-0.9	
Total	Frequência	16	90	106	
	Frequência esperada	16	90	106	

Por último, procurou perceber-se se os profissionais de saúde recomendam ou recomendariam o programa Anos Incríveis na sua rede formal e informal. Constatou-se, pela observação da Tabela 6, que 88% dos profissionais de saúde (dum total de 114 que responderam a esta questão) recomendou/recomendaria o programa Anos Incríveis quer na sua rede formal, quer informal. Por sua vez, 12% relatam não recomendar o programa na sua rede informal, mas referenciá-lo no contexto da sua rede formal.

Tabela 6

**Os profissionais de saúde recomendariam o programa Anos Incríveis na sua rede formal e/ou informal**

		Anos Incríveis na Rede Formal					
		Sim		Não		Total	
		N	N % da coluna	N	N % da coluna	N	N % da coluna
Anos Incríveis na Rede Informal	Sim	91	88	4	40	95	84
	Não	12	12	6	60	18	16
	Total	103	100	10	100	113	100

## 5. Discussão

A partir deste estudo pretendeu-se perceber de que modo uma ação de formação sobre EEV de parentalidade positiva tem impacto na forma como os profissionais dos CSP aconselham os pais utentes dos serviços, assim como as repercussões deste tipo de formação nas suas redes formal e informal. Procurou-se, ainda, contribuir para compreender como podem ser complementados alguns aspetos da formação destes profissionais, bem como delinear algumas orientações para melhorar o suporte fornecido por estes às famílias que acompanham na sua prática. Nesse sentido, apresenta-se uma análise reflexiva dos principais resultados, tendo por base a revisão da literatura científica que orientou o enquadramento deste estudo.

Em primeiro lugar constatou-se uma elevada adesão dos profissionais de saúde à formação em causa, que poderá ser explicada, não só pela crescente prevalência de problemas comportamentais e sócio emocionais em crianças, mas também pela elevada frequência com que estes surgem nos CSP, colocando os técnicos perante situações desafiantes (e.g., Bauer & Webster-Stratton, 2006; Gea et al., 2008; Lavigne, 2013; Kolko et al., 2010; Miller et al., 2005; Reid et al., 2013). Tal está em conformidade com a considerável percentagem de famílias identificadas pelos profissionais de saúde, neste estudo, como apresentando necessidades de aconselhamento sobre estratégias parentais. A este aspeto acresce, ainda, a manifestação de desconforto, por parte dos profissionais de saúde dos Cuidados Primários, relativamente aos seus conhecimentos e à crença de que não têm formação adequada para lidar com problemas de saúde mental em crianças (e.g., Foy, 2010b; Foy & Perrin, 2010; Kelleher & Stevens, 2009; Kolko et al., 2010; Lavigne, 2013; McMenamy et al., 2011).

Apesar de a adesão ser, em geral, elevada, houve uma unidade de saúde onde se verificou uma taxa de participação menor, o que pode estar relacionado, por um lado, com o facto de, na época em que ocorreu a formação haver vários profissionais que se encontravam em mudança de serviço e outros

a assumir novos cargos. Por outro lado, a menor adesão pode ter-se devido à própria orgânica de funcionamento das unidades dos CSP, cuja divisão por diferentes subunidades, por vezes, cria algumas barreiras a uma comunicação eficaz. Este caso particular coloca em evidência as dificuldades (e.g., constrangimentos temporais, comunicação) que podem existir e com as quais os profissionais de saúde se deparam, aquando da tentativa de integrar novos conhecimentos, nomeadamente relativos a questões de saúde mental, na sua prática (e.g., Bauer & Webster-Stratton, 2006; Foy, 2010b; Garg et al., 2007; Lavigne, 2013; Kolko et al., 2010; Reid et al., 2013), através de uma ação de formação como a que foi implementada neste caso. Este aspeto realça, ainda, a necessidade de as formações serem pensadas em função da disponibilidade dos profissionais, sob pena de a adesão ser baixa.

Em segundo lugar, verificaram-se elevados níveis de satisfação com os conteúdos e metodologia da formação, sendo que estudos análogos apresentam resultados concordantes (e.g., Hewitt et al., 1989). No nosso entender, este resultado poderá dever-se à abordagem sistémica e colaborativa em que se baseia a formação, permitindo o desenvolvimento de relações colaborativas, à semelhança do que acontece nos grupos de pais com o programa Anos Incríveis (Bauer & Webster-Stratton, 2006; McMenamy et al., 2011; Seabra-Santos et al., no prelo). De entre os vários métodos utilizados na formação destaca-se a “participação em discussões de grupo durante a sessão”, em que o nível de satisfação aumentou da primeira para a segunda sessão, apesar de o efeito encontrado ter baixa magnitude. Verificou-se, ainda, que esta metodologia está associada à utilização e/ou divulgação das EEV no contexto da rede informal (os profissionais que consideraram somente de “alguma ajuda” a participação em discussões de grupo responderam mais vezes “não” à questão da utilização de EEV com a sua rede informal), embora, mais uma vez, a relação detetada seja de baixa magnitude. Este resultado poderá refletir o facto de que os participantes que se envolvem menos na formação poderão retirar menos frutos e ficar menos aptos e/ou disponíveis a partilhar com outras pessoas as ideias transmitidas naquela. Este dado é consonante com a revisão de Davis (1998), que destaca a discussão em grupo como um dos métodos mais eficazes na formação continuada fornecida aos profissionais de saúde, possibilitando o treino de competências comunicacionais. Apesar dos elevados níveis de satisfação importa realçar que as avaliações não foram anónimas, o que poderá ter enviesado estes resultados no sentido positivo.

No que concerne ao aconselhamento fornecido pelos profissionais de saúde na sua prática com pais antes da formação, verificou-se que a grande maioria já utilizava EEV com elevada frequência (i.e., em cerca de metade das vezes ou mais). Outros estudos demonstram resultados semelhantes (e.g., Hewitt et al., 1989), apresentando como possível explicação para estes dados a perceção de autossuficiência dos profissionais. De entre as várias estratégias destacam-se duas, pelo facto de serem as menos aconselhadas (i.e., “Evitar elogiar apenas a perfeição” e “Estabelecer programas de recompensas”), sendo necessários mais estudos para perceber estes resultados. Evidencia-se ainda, que há duas estratégias em relação às quais os profissionais de saúde

não assinalam a resposta “Nunca ou quase nunca”. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de essas EEV apelarem para ideias que estão já bastante consolidadas para estes profissionais: por um lado, a importância de reconhecer as capacidades e necessidades da criança em função do seu estágio de desenvolvimento; e, por outro, o facto de as rotinas e horários previsíveis transmitirem segurança e consistência à criança (Webster-Stratton, 2005/2013).

Quanto à avaliação realizada três meses após a formação, constatou-se uma mudança positiva. Isto é, houve um aumento do aconselhamento de algumas estratégias, em particular, no que diz respeito à definição de regras e ordens, para as quais se detetaram efeitos de magnitude moderada. Já nas estratégias relativas à atenção positiva, ao elogio (i.e., “Evitar elogiar apenas a perfeição”) e ao uso de disciplina não punitiva (e.g., ignorar) encontraram-se efeitos de baixa magnitude. Estes dados parecem demonstrar o efeito da consolidação de conhecimentos que este tipo de formações pode ter sobre profissionais de saúde que já anteriormente invocavam estas estratégias no aconselhamento de pais, o que é consistente com a literatura (e.g., Hewitt et al., 1989; Weber, Puskar, & Ren, 2010).

Sabe-se também, a partir de outros estudos, que a participação em formações onde há a exposição a práticas baseadas em evidência promove o aumento dos conhecimentos (e.g., sobre o desenvolvimento da criança e estratégias para lidar com o comportamento negativo), autoeficácia, confiança e o conforto do profissional para lidar com problemas de comportamento de forma positiva e segura (e.g., Hewitt et al., 1989; Miller et al., 2005; Weber et al., 2010). Porém, estas variáveis não foram avaliadas no presente estudo, mas são apontadas por outros estudos (e.g., Gardner et al., 2000; Miller et al., 2005; Weber et al., 2010) como preditivas da propensão do técnico para o reconhecimento de problemas psicossociais e para o assumir da responsabilidade do acompanhamento, surgindo o aconselhamento, na fase inicial de diagnóstico, como a primeira linha de tratamento nos CSP.

Podemos colocar a hipótese de que a não verificação dum aumento na utilização das restantes estratégias pode ter sido devido ao facto de elas já serem aconselhadas com uma elevada frequência antes da formação. Estudos futuros poderão controlar o nível inicial de conhecimento dos formandos, aquando da avaliação dos efeitos da formação. Por outro lado, importa, mais uma vez, realçar que as avaliações não foram anónimas o que poderá ter enviesado os resultados no sentido positivo.

Contrariamente ao apontado pela literatura (e.g., Webster-Stratton, 2005/2013), após a formação, as EEV para diminuir o comportamento negativo continuam a ser das mais utilizadas, nos CSP, assim como das mais reportadas quanto à necessidade de alguma formação. Uma das possíveis explicações poderá ser a crescente prevalência e frequência de problemas comportamentais exibidos por crianças e, por conseguinte, o aumento das preocupações dos pais sobre como lidar com o comportamento negativo dos filhos e de pedidos de ajuda aos profissionais de Cuidados Primários (e.g., Bauer & Webster-Stratton, 2006; Gea et al., 2008). O pouco tempo que estes profissionais podem dispensar a cada família e a necessidade de dar uma

reposta aos pais, que solicitam soluções imediatas e cujo discurso, com frequência, assenta numa tónica muito centrada no negativo, são fatores que podem explicar a ênfase colocada pelos profissionais em estratégias para reduzir o comportamento negativo da criança. Uma formação mais longa poderia ajudar os profissionais a mudar de uma forma mais efetiva esta perspetiva e a focar o aconselhamento sobretudo em estratégias de promoção de comportamentos positivos e de fortalecimento da relação entre pais e criança.

Em contraste com os dados anteriores, surge o uso e/ou divulgação preponderante das EEV para promover o comportamento positivo na rede informal destes profissionais. Esta verificação encontra-se de acordo com os princípios transmitidos na formação, a partir da visualização da pirâmide parental do programa Anos Incríveis (cf. Webster-Stratton, 2005/2013, p. 22). Em particular, a filosofia geral deste programa destaca a necessidade de estabelecer relações positivas com as crianças e de promover comportamentos pró-sociais, para que seja menos provável os pais terem de chegar à utilização de estratégias de disciplina destinadas a diminuir o comportamento negativo (Webster-Stratton, 2005/2013). Contudo, a estratégia de atribuir recompensas concretas surge como uma exceção, relativamente à qual a maioria dos profissionais de saúde parece concordar com a sua utilização moderada, enquanto alguns outros reportam a sua utilização extremada (i.e., quer no sentido de ser a mais utilizada e/ou falada, quer no sentido de ser a menos utilizada e/ou falada). Acresce ainda, o facto de esta estratégia surgir como algo que os profissionais de saúde desejam mudar no seu aconselhamento e percecionam como necessitando de mais formação. Possivelmente, estes dados estão relacionados com o facto de um sistema de recompensas pressupor um conjunto de passos (e.g., definir um ou dois comportamentos, o tipo de recompensa, etapas curtas, monitorizar o programa) que se prestam a algumas dificuldades e erros na implementação, podendo colocar em causa a sua eficácia (Webster-Stratton, 2005/2013). Assim, talvez os resultados extremados reflitam, por um lado, a necessidade dos profissionais de saúde promoverem comportamentos pró-sociais na sua rede informal e, por outro, a inexistência dessa necessidade e/ou o não se sentirem totalmente capacitados para implementar um sistema de recompensas, optando por adotar outras estratégias de forma mais preponderante, tais como o brincar e o elogiar.

No que diz respeito ao escasso conhecimento dos profissionais de saúde sobre recursos comunitários (i.e., programas de educação parental para pais de crianças com problemas comportamentais), os resultados são consistentes com os de outros estudos (e.g., Foy & Perrin, 2010; Garg et al., 2007). Contudo, após a formação, verificou-se uma elevada percentagem de profissionais de saúde que recomendou ou recomendaria o programa Anos Incríveis na sua rede formal e informal, à semelhança do que acontece nos estudos com os grupos de pais (e.g., McMenamy et al., 2011).

O presente estudo contribui para demonstrar a necessidade de formação sentida pelos profissionais de saúde dos Cuidados Primários e, simultaneamente, aponta para uma resposta formativa que vai ao encontro das necessidades da comunidade e encaixa nos constrangimentos (i.e., horário de

formação, localização) dos CSP portugueses. Após esta formação os técnicos de saúde sentem-se mais capacitados para dar resposta às preocupações das famílias e suas crianças no que toca à gestão de problemas comportamentais em idades precoces.

Neste sentido importa colocar em evidência a eficácia das metodologias utilizadas, particularmente da participação em discussões de grupo, sendo de salientar a relação encontrada entre a satisfação com esta metodologia e a generalização das EEV para a rede informal destes profissionais. Um dado consistente com esta relação é o facto de os pais que participam em grupos de educação parental (e.g., programa Anos Incríveis) percecionarem os princípios da parentalidade positiva como úteis na resolução de problemas pessoais, conjugais e familiares (e.g., Bauer & Webster-Stratton, 2006; Kolko et al., 2011; McMenamy et al., 2011; Perrin et al., 2014; Zubrick et al., 2005). No fundo, estes dados enfatizam a dimensão sistémica do programa Anos Incríveis, que se refletiu na formação fornecida aos profissionais de saúde dos Cuidados Primários, a qual teve por base os princípios e pressupostos daquele programa.

## 6. Conclusões

A presente investigação demonstrou que os profissionais de saúde contemplados neste estudo estão disponíveis para integrar questões preventivas de saúde mental na sua prática, através da participação em formações que lhes permitam reconhecer e gerir problemas comportamentais, bem como reencaminhá-los, caso seja necessário (por exemplo, para um grupo de pais do programa Anos Incríveis). Assim, os profissionais de saúde têm a possibilidade de melhorar os serviços de saúde primários pelo contacto regular que mantêm com as famílias e suas crianças, através da introdução destas e de outras práticas baseadas em evidência. Porém, realça-se que há ainda um caminho longo a percorrer no sentido de melhorar a formação e, por conseguinte, os serviços de aconselhamento fornecidos pelos profissionais de saúde nos Cuidados Primários. Assim sendo, uma ação de formação como a que foi implementada neste caso poderá capacitar os profissionais dos CSP a dar resposta à crescente prevalência de problemas comportamentais em crianças, e a prevenir o desenvolvimento de uma variada gama de problemáticas, tais como perturbações psiquiátricas e comportamentos antissociais (e.g., delinquência, abuso de substâncias) durante a adolescência e idade adulta. Ao mesmo tempo, verifica-se a disseminação da informação que receberam também para a sua rede informal, refletindo, deste modo, a dimensão sistémica desta formação. Demonstra-se, desta forma, que o indivíduo transporta a sua experiência profissional para os sistemas onde está inserido e onde se relaciona de forma dinâmica, em particular para o seu contexto familiar, de vizinhança e dos amigos, entre outros.

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser cautelosamente equacionadas na leitura e interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, no que diz respeito ao recrutamento dos participantes, não foi possível garantir que todos os profissionais de saúde, das unidades de saúde

contempladas neste projeto tivessem conhecimento da formação, uma vez que as unidades dos CSP se encontram divididas em subunidades e a divulgação e mobilização para a formação foi realizada apenas por uma pessoa de referência das ELIs (pertencentes à ANIP) em cada local. Em segundo lugar, e relacionado com o aspeto anterior, os participantes foram voluntários que manifestaram interesse na formação. Desta forma, e também porque foi recolhida numa área geográfica limitada, a amostra poderá não ser representativa dos profissionais de saúde dos Cuidados Primários portugueses. A este aspeto acresce, ainda, a elevada taxa de não resposta para alguns itens, o que coloca em causa a generalização dos resultados (Aliaga & Gunderson, 2006; Rosenthal & Rosnow, 1991).

Em terceiro lugar, a utilização de medidas de autorresposta coloca a hipótese de haver uma discrepância entre o que é percebido e o comportamento real (e.g., Hewitt et al., 1989). Isto é, até pelo facto de os inventários respondidos não serem anónimos, podemos questionar até que ponto as respostas dos participantes não poderão traduzir aquilo que consideram ser uma imagem de si socialmente desejável (Rosenthal & Rosnow, 1991). Este aspeto poderá ser colmatado, em futuros estudos, através da utilização de uma medida de avaliação de desejabilidade social (e.g., Escala de Desejabilidade Social de Coimbra). Além disso, dever-se-á tentar perceber quais os motivos de participarem ou não numa formação deste tipo, assim como tentar perceber junto dos profissionais de saúde os motivos para certas tendências de resposta, nomeadamente recorrendo a metodologias qualitativas.

Em suma, este estudo abre caminho à possibilidade dos profissionais de saúde integrarem os princípios da parentalidade positiva nos CSP em Portugal, durante o acompanhamento desenvolvimental das crianças e suas famílias, preconizando uma ação preventiva e interventiva, através do aconselhamento de EEV, oferecendo à população em geral um acesso efetivo a cuidados de saúde mental.

## Bibliografia

- Aliaga, M., & Gunderson, B. (2006). *Interactive statistics* (3<sup>rd</sup> ed.). Upper Saddle River, N. J.: Pearson Prentice Hall.
- Alpert, J. J. (2012). History of community pediatrics. *Pediatrics*, *103*(6 Pt 3), 1420-1421. doi: 10.1007/978-1-4614-3149-7
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM – 5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5<sup>a</sup> ed.) (C. Agostinho, Trad.). Lisboa: Climepsi editores. (Obra original publicada em 2013).
- Azevedo, A. (2013). Intervenção parental em crianças pré-escolares com sintomas de PH/DA: O exemplo específico do programa básico para pais Anos Incríveis. In A. Azevedo (Eds.), *O programa de intervenção parental 'Anos Incríveis': Eficácia numa amostra de crianças portuguesas de idade pré-escolar com comportamentos de PH/DA* (pp. 35-51). Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Retirado de: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/24281>
- Bauer, N. S., & Webster-Stratton, C. (2006). Prevention of behavioral disorders in primary care. *Current Opinion in Pediatrics*, *18*(6), 654-660. doi: 10.1097/MOP.0b013e3280106239
- Bower, P., Garralda, E., Kramer, T., Harrington, R., & Sibbald, B. (2001). The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: A systematic review. *Family Practice*, *18*(4), 373-382. doi:10.1093/fampra/18.4.373
- Chien, A., Tumaini, C., Choi, L., Slora, E., Bodnar, P., Weiley, V., ... Johnson, J. (2006). What do pediatric primary care providers think are important research questions? A perspective from PROS providers. *Ambulatory Pediatrics*, *6*(6), 352-355
- Council of Europe. (2006). *Recommendation Rec(2006)19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting*. Retirado de <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1073507>
- Davis, D. (1998). Does CME work? An analysis of the effect of educational activities on physician performance or health care outcomes. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *28*(1), 21-39.
- Direção-Geral da Educação. (n.d.). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Retirado de <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf>
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *47*(3-4), 313-337. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x
- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (n.d.). O projeto. Retirado de: <http://www.uc.pt/fpce/anosincríveis/projeto>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4<sup>th</sup> ed.). London: Sage Publications.

- Foy, J. M. (2010a). Enhancing pediatric mental health care: Algorithms for primary care. *Clinical Rehabilitation*, 125(3), S125. doi: 10.1542/peds.2010-0788
- Foy, J. M. (2010b). Introduction. *Pediatrics*, 125(Supplement), S69–S74. doi: 10.1542/peds.2010-0788C
- Foy, J. M., & Perrin, J. (2010). Enhancing pediatric mental health care: Strategies for preparing a community. *Pediatrics*, 125(Supplement), S75–S86. doi: 10.1542/peds.2010-0788D
- Gardner, W., Kelleher, K. J., Wasserman, R., Childs, G., Nutting, P., Lillienfeld, H., & Pajer, K. (2000). Primary care treatment of pediatric psychosocial problems: A study from pediatric research in office settings and ambulatory sentinel practice network. *Pediatrics*, 106(4), 1-9.
- Garg, A., Butz, A. M., Dworkin, P. H., Lewis, R. A., Thompson, R. E., & Serwint, J. R. (2007). Improving the management of family psychosocial problems at low-income children's well-child care visits: The WE CARE projet. *Pediatrics*, 120(3), 547-558. doi: 10.1542/peds.2007-0398
- Gaspar, M. (2011). Educação parental e prevenção do risco na infância: Resposta milagre ou desafio incitador? In A. Almeida et al. (Eds.) *Intervenção com crianças, jovens e famílias: Estudos e práticas*. Coimbra: Almedina.
- Gea, M., Reijneveld, S., Wiefferink, C., & Crone, M. (2008). Parents' concerns about children are highly prevalent but often not confirmed by child doctors and nurses. *BMC Public Health*, 8(124), 1-10. doi: 10.1186/1471-2458-8-124
- Guyer, B. (1999). Promoting community pediatrics: Recommendations from the community access to child health evaluation. *Pediatrics*, 103(6 Pt 3), 1370-1372.
- Hewitt, K., Hobday, A., & Crawford, W. (1989). What do health visitors gain from behavioural workshops? *Child: Care, Health and Development*, 15, 265-275.
- IBM *Statistical Package for the Social Sciences* Statistics (Version 22) [Computer Software]. U.S.A.: SPSS Inc.
- Kelleher, K. J., & Stevens, J. (2009). Evolution of child mental health services in primary care. *Academic Pediatrics*, 9(1), 7-14. doi:10.1016/j.acap.2008.11.008
- Kolko, D. J., Campo, J. V., Kelleher, K., & Cheng, Y. (2010). Improving access to care and clinical outcome for pediatric behavioral problems: A randomized trial of a nurse-administered intervention in primary care. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31(5), 393-404. doi:10.1097/DBP.0b013e3181dff307
- Kolko, D. J., Cheng, Y., Campo, J. V., & Kelleher, K. (2011). Moderators and predictors of clinical outcome in a randomized trial for behavior problems in pediatric primary care. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(7), 753-765.
- Lavigne, J. V., Lebailly, S. A., Gouze, K. R., Cicchetti, C., Pochyly, J., Arend, R., ... Binns, H. J. (2007). Treating Oppositional Defiant Disorder in primary care: A comparison of three models. *Journal of Pediatric*

- Psychology*, 33(5), 1-13. doi:10.1093/jpepsy/jsmo74
- Lavigne, J. V. (2013). Commentary for pioneers in pediatric psychology: Thirty-seven years of research, training, and clinical practice in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(2), 135-140. doi: 10.1093/jpepsy/jss082
- MATrix LABoratory (Version 2016) [Computer Software]. Massachusetts, U.S.A: MathWorks.
- McMenamy, J., Sheldrick, R. C., & Perrin, E. C. (2011). Early intervention in pediatrics offices for emerging disruptive behavior in toddlers. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(2), 77-86. doi: 10.1016/j.pedhc.2009.08.008
- Microsoft Excel Worksheet (Version 2013) [Computer Software]. USA: Microsoft Corporation.
- Miller, A. R., Johnston, C., Klassen, A. F., Fine, S., & Papsdorf, M. (2005). Family physicians' involvement and self-reported comfort and skill in care of children with behavioral and emotional problems: A population-based survey. *BMC Family Practice*, 6(12), 1-10. doi: 10.1186/1471-2296-6-12
- Ministério da Saúde. (2012). *Programa de intervenção saúde infantil e juvenil*. Retirado de file:///C:/Users/user/Downloads/i017517.pdf
- Patterson, J., Barlow, J., Mockford, C., Klimes, I., Pyper, C., & Stewart-Brown, S. (2002). Improving mental health through parenting programmes: Block randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, 87(6), 472-477. doi: 10.1136/adc.87.6.472
- Perrin, E. C., Sheldrick, R. C., McMenamy, J. M., Henson, B. S., & Carter, A. S. (2014). Improving parenting skills for families of young children in pediatric settings: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 168(1), 16-24. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.2919
- Reid, G. J. (2007). Parenting Matters: Helping parents of young children with sleep and discipline problems. Retirado de [http://www.excellenceforchildandyouth.ca/sites/default/files/gai\\_attach/rg-581\\_final\\_outcomes\\_report.pdf](http://www.excellenceforchildandyouth.ca/sites/default/files/gai_attach/rg-581_final_outcomes_report.pdf)
- Reid, G. J., Stewart, M., Vingilis, E., Dozois, D. J. A, Wetmore, S., Jordan, J., ... Zaric, G. S. (2013). Randomized trial of distance-based treatment for young children with discipline problems seen in primary health care. *Family Practice*, 30(1), 14-24. doi:10.1093/fampra/cms051
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park: SAGE.
- Rosenthal, R., & Rosnow, R. (1991). *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis* (2<sup>a</sup>ed.). New York: McGraw-Hill.
- Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 506-517. doi: 10.1037/0893-3200.22.3.506
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Homem, T. C., Azevedo, A., Silva, I., & Vale, V. (no prelo). Promoção de competências sociais e emocionais: Contributos dos programas Anos Incríveis. In A. M. Pinto & R. Raimundo (Eds.), *Avaliação e promoção de competências socio-*

- emocionais em Portugal*. Vialonga: Coisas de Ler.
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (n.d.). *Sistema nacional de intervenção precoce na infância: Página de entrada*. Retirado de <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>
- Turner, K. M. T., & Sanders, M. R. (2006). Help when it's needed first: A controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behavior Therapy*, 37(2), 131-42. doi: 0.1016/j.beth.2005.05.004
- Weber, S., Puskar, K. R., & Ren, D. (2010). Improving treatment of adolescent depression in primary care: Clinician training enhancements for nonmental health providers and lessons learned from anticipatory guidance and treatment adherence interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24, 1-7. doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00255.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. (2013). *Os Anos Incríveis. Guia de resolução de problemas para pais de crianças dos 2 aos 8 anos de idade* (M. I. Donnas Botto, Trad.; M. F. Gaspar & M. J. Seabra-Santos, revisão científica). Braga: Psiquilibrios Edições. (Original publicado em 2005)
- Webster-Stratton, C., Gaspar, M. F., & Seabra-Santos, M. J. (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.
- Years, I., & Settings, P. C. (n.d.). Using the Incredible Years ® in Primary Care Settings.
- Zubrick, S. R., Ward, K. A., Silburn, S. R., Lawrence, D., Williams, A. A., Blair, E., ... Sanders, M. R. (2005). Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prevention Science*, 6(4), 287-304. doi:10.1007/s11121-005-0013-2

## Anexos<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Os documentos utilizados não se encontram em anexo unicamente por questões de privacidade do projeto.

## **Anexo I – Folheto Informativo**

## **Anexo II – Ficha de Inscrição**

### **Anexo III – Primeiro Inventário de Autorreflexão**

## **Anexo IV – Segundo Inventário de Autorreflexão**

## **Anexo V – Terceiro Inventário de Autorreflexão**

## **Anexo VI – Ficha de Avaliação da Satisfação**