



Tatiana Mota Fernandes de Carvalho Homem

# A EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARENTAL PARA PRÉ-ESCOLARES COM COMPORTAMENTOS DE OPOSIÇÃO: O PROGRAMA ANOS INCRÍVEIS

Tese de Doutoramento na área científica de Psicologia, especialidade de Psicologia Clínica, orientada pela Professora Doutora Maria Filomena Gaspar e pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra

Julho de 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA





**Título:** A Eficácia de um Programa de Intervenção Parental para Pré-escolares com Comportamentos de Oposição:  
O Programa Anos Incríveis

**Autor:** Tatiana Mota Fernandes de Carvalho Homem

**Orientação científica:** Professora Doutora Maria Filomena Gaspar e Professora Doutora Maria Cristina Canavarro

**Domínio científico:** Psicologia — Psicologia Clínica

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

**Imagem da Capa:** Maria Rita Henriques

Tatiana Mota Fernandes de Carvalho Homem

# A EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARENTAL PARA PRÉ-ESCOLARES COM COMPORTAMENTOS DE OPOSIÇÃO: O PROGRAMA ANOS INCRÍVEIS

Tese de Doutoramento na área científica de Psicologia, especialidade de Psicologia Clínica, orientada pela Professora Doutora Maria Filomena Gaspar e pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra

Julho de 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Este trabalho foi elaborado com o apoio da Fundação para a Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência e do Ensino Superior através de uma Bolsa de Doutoramento com a referência SFRH/BD/43562/2008 e do Projeto de Investigação “*Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: Eficácia de programas parentais e escolares*” (PTDC/PSI-PED/102556/2008), também financiado pelo Programa Compete-Feder.





Aos meus filhos, por me terem dado a conhecer esta incrível tarefa de ser mãe

“Se eu pudesse voltar a criar o meu filho...

Pintava mais com os dedos e não os usava para apontar.

Corrigia menos e estabelecia mais ligações.

Tirava os olhos do relógio e usava-os para observar.

Preocupava-me em saber menos e saberia amar mais.

Dava mais passeios e brincava mais com papagaios de papel.

Deixava de armar-me em sério e brincava mais a sério.

Corria mais pelos campos e observava mais as estrelas.

Abraçava mais e afastava menos.

Seria firme menos vezes e afirmativo mais.

Aumentava primeiro a auto-estima e só depois a casa.

Ensinava menos o amor do poder,

E mais o poder do amor.”

Diana Loomans



## **Agradecimentos**

Ao longo deste percurso que iniciei acerca de cinco anos, tive a felicidade de conhecer muitas pessoas e histórias, de partilhar experiências, desafios e alegrias. Este caminho fez-se caminhando e, tal como noutros caminhos, os obstáculos que foram surgindo foram ultrapassados graças ao suporte e apoio de um conjunto importante de pessoas, sem as quais percorrê-lo não teria sido possível.

O meu primeiro agradecimento é para a minha orientadora, Professora Doutora Maria Filomena Gaspar, por todo o apoio, palavras de suporte e permanente otimismo e também pela sua capacidade inigualável de utilizar sempre óculos cor-de-rosa para enfrentar os mais variados desafios.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, agradeço o exemplo de cientista que representa para mim e a capacidade de me fazer descer à realidade e focar-me no que tem que ser feito.

À minha orientadora *adotiva*, Professora Doutora Maria João Seabra-Santos, por me ter apoiado ao longo deste percurso, dando-me todo o suporte e incentivo, ajudando-me a reflectir e a questionar sobre muitas das implicações dos resultados deste estudo. Agradeço-lhe sobretudo a notável capacidade que tem de estar atenta a todos os pormenores, que muitas vezes fazem a diferença.

Um agradecimento muito especial à minha Amiga e colega de trabalho Andreia. Entre tantos outros interesses em comum, o gosto pelo trabalho com famílias estreitou os nossos laços e tornou-nos uma verdadeira equipa: sólida, trabalhadora e muito Incrível! Com ela, sei que ainda partilharei muitos outros projetos e que o nosso caminho continuará a ser feito em conjunto.

Agradeço também às minhas colegas de equipa Mariana e Sara, cujo trabalho foi muito além da realização de tarefas de avaliação, possibilitando-me concentrar na escrita desta tese e tornando as minhas tardes de trabalho mais alegres e cheias de boa energia.

Agradeço ainda à minha amiga Mariana Moura Ramos pela preciosa orientação estatística, pelas sugestões sempre atentas e pela disponibilidade que teve para me ouvir e ajudar ao longo deste caminho.

Um obrigada também à Vânia e ao João, equipa Incrível no Norte, e à Cláudia e Margarida. O entusiasmo com que defendem os Anos Incríveis e a disponibilidade (no meio de tantas outras tarefas!) para dinamizarem grupos de pais são uma fonte de motivação!

Agradeço ainda à Professora Carolyn Webster-Stratton, autora deste programa. Sem a sua visão, o seu interesse pelo bem-estar das famílias e a sua capacidade de trabalho, este caminho não poderia ter sido iniciado.

Agradeço também à Professora Judy Hutchings e à Dra. Caroline White: à primeira, pelos seus comentários e reflexões, sempre pertinentes, que me ajudaram a crescer como investigadora; à segunda, pelo entusiasmo e profissionalismo com que se dedica a este programa e à forma cuidadosa como supervisionou o meu trabalho enquanto *peer-coach*.

À Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra, onde me sinto em casa desde 1995, pelo apoio financeiro para revisões de traduções de artigos desta dissertação e pela disponibilização de um espaço para a realização dos grupos de pais e para a redação deste trabalho.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia pelo apoio financeiro prestado no âmbito da bolsa de doutoramento, o qual permitiu a concretização deste trabalho de investigação, incluindo a participação em diversos congressos nacionais e internacionais.

A todas as *babysitters* e outros voluntários que colaboraram neste projecto agradeço o terem-nos permitido levá-lo a bom porto!

A todos aqueles que são as “minhas pessoas” e que têm vindo a acompanhar-me nos diferentes caminhos da minha vida... sem o seu apoio, mais ou menos direto, não teria chegado ao final deste caminho.

A todos os outros amigos, alguns bem recentes, mas cujo apoio foi essencial neste percurso; à Piedade, pela leitura atenta e preciosas correções de português e aos meus outros colegas do Psikontacto, pelo suporte discreto mas permanente.

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo apoio e incentivo que me deram, das mais variadas formas. Sem eles não acreditaria que tudo é possível, sempre! Também aos meus sogros, pela permanente disponibilidade, sem a qual a conciliação deste trabalho com a minha vida familiar não teria sido possível!

Aos meus três filhos, cada um deles Incrível à sua maneira, que me têm ensinado tanto sobre como ser mãe e como estar atenta às suas particularidades e necessidades, sobre partilha e amor incondicional.

Ao Jorge, por partilhar comigo este caminho... nem sempre fácil! Por ter dado todo o apoio e tanto do seu tempo aos nossos filhos, nas alturas em que estive menos disponível. Por também ele ser um Pai Incrível!

A todos os educadores que aceitaram fazer parte deste estudo e respectivos jardins-de-infância que nos abriram as suas portas.

As minhas últimas palavras de agradecimento vão para todas as mães e pais que, de forma altruísta e generosa, colaboraram neste projecto e nos disponibilizaram tanto do seu tempo, partilhando esta incrível experiência que é ser pai e mãe! E, não menos importante, às suas crianças, que nos inspiraram e impulsionaram a querer fazer cada vez mais e melhor!





## ÍNDICE

- 004 | Índice de Quadros
- 005 | Índice de Figuras
- 007 | Lista de abreviaturas principais
- 011 | Resumo
- 014 | Abstract
- 017 | Nota Introdutória

### **PARTE I: Enquadramento Teórico**

#### Capítulo 1

Perturbações de Comportamento Externalizante em idade pré-escolar: O caso específico da Perturbação de Oposição

- 027 | Resumo
- 029 | Introdução
- 030 | Dificuldades no Diagnóstico da Perturbação de Oposição
- 035 | Caracterização da Perturbação de Oposição
- 036 | Fatores de Risco Associados à Emergência da Perturbação de Oposição
- 044 | Conclusões e Direções Futuras
- 047 | Referências Bibliográficas

#### Capítulo 2

##### Enquadramento Teórico

- 059 | Intervenção parental em pré-escolares com comportamentos de Oposição/Desafio: O Programa Básico para Pais Anos Incríveis
- 059 | Principais programas de intervenção parental para crianças pré-escolares com comportamentos de Oposição/Desafio
- 068 | O Programa Básico para Pais Anos Incríveis (AI-Básico)
- 082 | Suporte empírico para o Programa Básico para Pais Anos Incríveis
- 083 | A investigação com o Programa Anos Incríveis Básico (AI-Básico) para Pais em Portugal
- 090 | Racional para a utilização do Programa Básico para Pais Anos Incríveis na presente investigação
- 092 | Referências Bibliográficas

## **PARTE II: Enquadramento Metodológico da Investigação**

### Capítulo 3

- 109 | Apresentação da investigação
- 109 | Objetivos gerais da investigação
- 114 | Desenho metodológico
- 117 | Participantes e procedimentos de recolha da amostra
- 120 | Intervenção: Programa Básico para Pais Anos Incríveis
- 123 | Dimensões avaliadas e instrumentos utilizados
- 129 | Cumprimento dos princípios éticos
- 130 | Análise estatística
- 131 | Análises de poder estatístico e da magnitude do efeito
- 133 | Referências Bibliográficas

## **PARTE III: Estudos Empíricos**

### Capítulo 4

#### **Estudo Empírico I:** *Analysis of cross-informant correspondence and discrepancies in a sample of Portuguese preschoolers with behavior problems*

- 143 | Abstract
- 144 | Introduction
- 147 | Methods
- 150 | Data Analysis
- 150 | Results
- 157 | Discussion
- 161 | References

### Capítulo 5

#### **Estudo Empírico II:** *Incredible Years Parent training: Does it improve positive relationships in portuguese families of preschoolers with oppositional/defiant symptoms?*

- 169 | Abstract
- 170 | Introduction
- 174 | Methods
- 182 | Intervention Protocol: The Incredible Years Basic Parent Training
- 184 | Data Analysis
- 184 | Results
- 191 | Discussion
- 196 | References



**Capítulo 6**

**Estudo Empírico III:** *A pilot study with the Incredible Years Parentig Training: Does it work for fathers of preschoolers with oppositional behaviors?*

205 | Abstract

206 | Introduction

207 | Methods

214 | Description of the intervention: The Incredible Years Basic Parent Training

215 | Data Analysis

216 | Results

229 | Discussion

234 | References

**PARTE IV: Discussão dos Resultados e das suas Implicações****Capítulo 7**

245 | Síntese dos resultados principais

248 | Discussão Integrada dos resultados principais

258 | Limitações, pontos fortes do estudo e pistas para investigações futuras

265 | Implicações para a investigação e para a prática clínica

273 | Referências Bibliográficas

**Anexos**

287 | Anexo A. Questionário de Avaliação Semanal para pais

289 | Anexo B. Exemplos de itens do Questionário de Avaliação Final do Programa para pais

292 | Anexo C. Exemplos de itens do Questionário de Auto-avaliação para o facilitador

294 | Anexo D. Exemplo de um Inventario de Objetivos da Sessão para o facilitador

297 | Anexo E. Informação adicional relativa aos instrumentos utilizados na investigação

313 | Anexo F. Formulário de Consentimento Informado

317 | Anexo G. Exemplo de um dos folhetos informativos para educadores de infância e técnicos de saúde

## ÍNDICE DE QUADROS

### Quadros da Parte I: Enquadramento Teórico (Capítulo 2)

073 | **Quadro 1.** Objetivos, conteúdos e competências parentais do Programa Básico para pais Anos Incríveis

088 | **Quadro 2.** Estudos com o Programa Básico para Pais Anos Incríveis em Portugal

### Quadros da Parte II: Enquadramento Metodológico da Investigação (Capítulo 3)

112 | **Quadro 3.** Objetivos específicos da investigação (Estudos Empíricos)

115 | **Quadro 4.** Desenho global do estudo

118 | **Quadro 5.** Critérios de inclusão

124 | **Quadro 6.** Dimensões avaliadas e instrumentos utilizados na investigação

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

#### Estudo I

151 | **Table 1.** Agreement between mother and father for child behavior problems: Total sample, child's gender, SES and referral

153 | **Table 2.** Agreement between parents and teachers for child behavior problems: total sample, child's gender, SES and referral

155 | **Table 3.** Differences between mothers and fathers and between parents and teachers ratings: Total sample

156 | **Table 4.** Differences between mother and teacher ratings: Child's gender, SES and referral

#### Estudo II

178 | **Table 1.** Participants socio-demographics characteristics

187 | **Table 2.** Descriptive statistics, univariate and multivariate main and interaction effects

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

#### Estudo III

211 | **Table 1.** Sample characteristics at baseline for the intervention (IY) and control (CG) conditions

218 | **Table 2.** Means, standard deviations and correlations of parents pretest and posttest reports of child's behavior for Total Sample

220 | **Table 3.** Means and standard deviations of parents pretest and posttest self-reports in intervention (IY) and control (CG) conditions

221 | **Table 4.** Means and standard deviations of parents pretest and posttest reports of child's behavior in intervention (IY) and control (CG) conditions

223 | **Table 5.** Descriptive statistics, univariate and multivariate main and interaction effects (parental outcomes)

224 | **Table 6.** Descriptive statistics, univariate and multivariate main and interaction effects (children outcomes)

228 | **Table 7.** Repeated Measures Analyses of Variance assessing children's behavior, including posttreatment versus 12-month follow-up contrasts

## ÍNDICE DE FIGURAS

### **Figuras da Parte I: Enquadramento Teórico (Capítulo 2)**

061 | **Figura 1.** Modelo dos quatro fatores de risco para o comportamento opositivo/desafiador da criança.

070 | **Figura 2.** Série de Programas Anos Incríveis

072 | **Figura 3.** Pirâmide do Programa Parental™

### **Figuras da Parte II: Enquadramento Metodológico da Investigação (Capítulo 3)**

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

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

#### **Estudo II**

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

#### **Estudo III**

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



**LISTA DE ABREVIATURAS PRINCIPAIS**

- A/A- Antissocial/Agressivo
- AACAP - Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência
- AAP - American Academy of Pediatrics
- AI - Programas Anos Incríveis
- AI-Básico — Programa Básico para pais Anos Incríveis
- ANOVA - *Analysis of variance*
- APA - American Psychiatric Association or American Psychological Association
- BDI - Inventário da Depressão de Beck
- CAT- Centro de Acolhimento Temporário
- CONSORT - *Consolidated Standards of Reporting Trials*
- CNPD- Comissão Nacional de Proteção de Dados
- DPICS - Sistema de Codificação da Interações Mãe/Pai-Criança
- DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
- ECIP-2 ou PKBS-2 - Escala de Comportamento para a Idade Pré-Escolar-2
- ES - *Effect sizes*
- FPCEUC-Faculdade de psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- FU - *Follow-up*
- GC - Grupo de controlo
- GE - Grupo experimental
- GLM - *General Linear Model*
- HYP — *Hyperactivity subscale*
- INE — Instituto Nacional de Estatística
- ITT - *Intention-to-treat*
- LAX - Subescala laxismo
- MANOVA- *Multivariate analysis of variance*
- NICE — *National Institute for Health and Care Excellence*
- NSE ou SES - Nivel socioeconómico
- NREPP - *National Registry of Evidence-Based Programs and Practices*
- O/E- Opositivo/Explosivo
- OJJDP - *Office of Juvenile Justice and Delinquency*
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- OVER - Subescala sobrerreatividade
- PACS - Guião de Entrevista semiestruturada *Parental Account of Children's Symptoms*
- PAIR- Escala de Avaliação da Intimidade na Relação (*Personal Assessment of Intimacy in Relationships*)
- PC ou CP - Problemas de comportamento (oposição/desafio)
- PCIT - *Parent Child Interaction Therapy*
- PH/DA - Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção
- PMTO- *Oregon Model of Parent Management Training*
- POD - Perturbação de Oposição / Desafio
- PP - Parentalidade positiva
- PS - Escala de Estilos Parentais
- PSOC - Escala de Sentido de Competência Parental
- RCT - *Randomized clinical trial*

SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SS - Escala de aptidões sociais

T1 - Avaliação pré-intervenção, tempo 1

T2 - Avaliação pós-intervenção, tempo 2

T3- Avaliação pós-intervenção, tempo 3

Triple-P - *Positive Parenting Programme*

VERB - Subescala verbosidade

*“O futuro dependerá daquilo que fizermos no presente”*

(Ghandi)





## RESUMO

**Enquadramento:** Ao longo dos últimos 30 anos, a investigação tem mostrado os benefícios do apoio estruturado às famílias/aos pais de crianças com problemas de comportamento e, nomeadamente, com Perturbação de Oposição/Desafio, identificando o papel central que as práticas educativas parentais desempenham no desenvolvimento infantil ajustado. Ancorada numa perspetiva desenvolvimental e ecológica, a presente investigação centrou-se na avaliação da eficácia, a curto e a médio-prazos, de um programa de intervenção parental, o Programa Básico para Pais Anos Incríveis, numa amostra de famílias portuguesas com crianças em idade pré-escolar com comportamentos de oposição/desafio. Dada a escassez de estudos acerca do impacto deste programa com a figura paterna, procurámos avaliar o impacto do programa não apenas com a mãe, mas também com o pai. Finalmente, e uma vez que a literatura aponta para a importância do recurso a múltiplos informadores na deteção e intervenção precoce dos problemas de comportamento, foi também objetivo deste trabalho analisar o grau de acordo e discrepâncias entre diferentes informadores do mesmo contexto (pai e mãe) e entre informadores de contextos diferentes (mãe/professor; pai/professor), relativamente aos problemas de comportamento da criança.

**Metodologia:** Esta investigação assentou num desenho prospetivo longitudinal, com diferentes momentos de avaliação; três momentos de avaliação para as famílias do grupo de intervenção, GI [avaliação realizada antes do início da intervenção (linha de base; T1); avaliação realizada imediatamente após o final do grupo (seis meses após a avaliação inicial; T2); e, finalmente, avaliação 12 meses após a avaliação inicial (T3); e dois momentos de avaliação para as famílias do grupo de controlo, GC [avaliação realizada antes do início da intervenção (linha de base; T1); avaliação realizada seis meses após a avaliação inicial (T2)]. Ao grupo de controlo, por razões éticas, foi oferecida intervenção depois do segundo momento de avaliação.

Participaram neste estudo 101 famílias (55 famílias no GE e 46 famílias o GC), com crianças entre os 3 e os 6 anos de idade, de contextos clínicos ou da comunidade. Estas famílias faziam parte da amostra mais alargada de um estudo experimental. Para além dos dados sociodemográficos e clínicos iniciais, foi também recolhida informação relativa às práticas parentais da mãe e do pai e à sua perceção de competência parental. Foram ainda recolhidos indicadores de adaptação individual (sintomatologia depressiva) e conjugal (intimidade conjugal), bem como informação relativa aos problemas de comportamento da criança e dados de satisfação com a intervenção realizada. A avaliação incluiu multi-informadores (pais, educadores de infância, avaliador independente) e recorreu a diferentes métodos (medidas de autorrelato e heterorrelato, entrevista, observação direta) assim como medidas de satisfação dos participantes.

O programa foi implementado ao longo de 14 sessões com uma duração aproximada de 2 horas cada, em grupos de 9 a 12 pais, dinamizadas por dois facilitadores com formação específica no programa e experiência prévia na sua aplicação.

**Resultados:** Destacamos os seguintes resultados: i) relativamente aos problemas de comportamento das crianças, a mãe e o pai apresentam um grau moderado a elevado de acordo entre si, enquanto que o grau de acordo entre pais e professores é baixo; ii) no entanto, as mães percecionam os filhos como exibindo mais comportamentos negativos do que os pais-homens e do que os professores; iii) na avaliação realizada com as mães, seis meses após a linha de base (T2), as práticas parentais positivas do grupo de intervenção melhoraram significativamente mais do que as do grupo de controlo (quer na tarefa de observação, quer nas medidas de autorrelato) e as mães do grupo de intervenção revelaram uma maior *Abertura ao Exterior*, comparativamente com as mães do grupo de controlo; iv) da mesma forma, na avaliação realizada seis meses após a linha de base, verificou-se uma diminuição significativa dos relatos das mães que receberam intervenção de comportamentos de Oposição/Desafio nas crianças, em comparação com as mães das crianças do grupo de controlo; v) as modificações observadas nas mães do grupo de intervenção mantiveram-se estáveis na avaliação a 12 meses (T3), exceto no que diz respeito às competências de *coaching* observadas; vi) na avaliação realizada com os pais-homens, seis meses após a linha de base (T2), as práticas parentais positivas do grupo de intervenção melhoraram significativamente mais do que as do grupo de controlo, o mesmo acontecendo com o impacto dos comportamentos negativos da criança no sistema familiar (menor impacto no GI que no GC); vii) foram ainda encontradas diferenças significativas entre os dois grupos relativamente às competências pró-sociais, tendo os pais-homens do grupo de intervenção reportado um aumento significativamente maior destas competências nas crianças, do que os pais-homens do grupo de controlo; viii) Aos 12 meses (T3) de *follow-up* estes resultados mantiveram-se estáveis; ix) finalmente, mães e pais do GI revelaram elevada adesão, satisfação e aceitação, face ao programa.

**Conclusões:** Os resultados desta investigação apontam para os efeitos positivos do Programa Básico para Pais Anos Incríveis a curto e a médio-prazos, com famílias de crianças com comportamentos de oposição/desafio. A utilização de práticas parentais mais positivas e menos disfuncionais por ambos os progenitores, bem como a perceção pela mãe de uma maior abertura ao exterior e a diminuição do impacto dos comportamentos negativos da criança no sistema familiar percecionados pelos pais-homens, são resultados sugestivos da eficácia deste Programa junto de famílias portuguesas com crianças com comportamentos de oposição/desafio. Paralelamente, a perceção por parte de ambos os progenitores, de uma redução de comportamentos opositivos nas crianças e o aumento de competências pró-sociais percecionadas

pela figura paterna, são também resultados importantes e indicadores do impacto positivo deste Programa no comportamento das crianças.

Os resultados aqui apresentados sugerem assim, de forma preliminar, que o Programa Básico para Pais Anos Incríveis pode ser uma ferramenta importante para os profissionais que trabalham com famílias com crianças pré-escolares com problemas de comportamento, ajudando-os a contribuir para o fortalecimento das relações pais-filhos e para a prevenção de trajetórias de vida desviantes.

**Palavras-chave:** Intervenção parental, Programa Básico para pais Anos Incríveis, estudo longitudinal, idade pré-escolar, comportamentos de oposição/desafio

**ABSTRACT**

**Background:** In the last 30 years, research has shown the benefits of offering structured support to families/parents of children with behavior problems such as Oppositional/Defiant disorder, therefore highlighting the major role of parenting practices in promoting adjusted child development. Adopting a developmental and ecological approach, this research assessed the short- and medium-term effectiveness of a parental intervention programme, the Incredible Years Basic Programme, in a sample of Portuguese families with pre-school-age children with oppositional/defiant behaviors. Given the scarcity of studies researching the impact of this program with fathers, we aimed to assess its impact upon fathers as well as upon mothers. Finally, as research also shows the importance of a multi-informant perspective in screening and early intervention, the study also aimed to analyze the correspondences and discrepancies between informants from the same context (father and mother) and informants from different contexts (mother/teacher; father/teacher), regarding children's behavior problems.

**Methods:** This is a prospective longitudinal study with different assessment times: three for the families of the intervention group (IG) (T1 – baseline, before intervention; T2 – immediately after the intervention, six months after baseline; and T3 – 12 months after baseline); and two for the families of the control group (CG) (T1 – baseline, before intervention; T2 – immediately after the intervention, six months after baseline). For ethical reasons, parents in the CG were offered intervention after the second assessment.

The study involved one hundred and one families (55 in the IG and 46 in the CG) with children aged 3 to 6 from different clinical contexts or from the community. These children formed part of a broader experimental study. In addition to initial socio-demographic and clinical data, information was gathered about the mother's and father's parenting practices, as well as their perceptions of parental competence. Individual adjustment (depressive symptoms) and conjugality (intimacy) indicators were also assessed, as was information regarding children's behavior and parents' satisfaction with the intervention. The assessment included multiple informers (parents, pre-school teachers, independent assessors) and multiple methods (self-reporting and reported measures of children's behaviour, interviews, direct observation) and participant-satisfaction measures.

The programme was implemented over 14 sessions lasting approximately 2 hours each. The groups consisted of 9 to 12 parents, led by two facilitators with specific training in the programme and prior experience of applying it.

**Results:** The main results were as follows: i) regarding children's behavior problems, results show moderate to strong correlations between mother and father and weak to moderate

correlations between parents and teacher reports; ii) however, mothers rated their children in a more negative way than fathers and teachers; iii) at 6-month follow-up, there was a significant increase in mothers' positive parenting practices in the intervention group, when compared to mothers in the control group (both in the observational task and in self-reported measures); mothers in the intervention group also reported higher levels of Openness to the Exterior, when compared to mothers in the control group; iv) following the same trend, at the 6-month follow-up, mothers in the intervention group also reported a significant reduction in their children's oppositional/defiant behaviors, when compared to mothers in the control group; v) these results were maintained at the 12-month follow-up (T3), except for observed mothers' coaching skills; vi) at the 6-month follow-up (T2) with fathers, parenting practices and perception of the impact of the children's behavior in the family significantly improved in the intervention group, when compared to fathers in the control group (less impact on fathers from the IG); vii) differences were also found between the two groups regarding children's prosocial behavior, with fathers in the intervention group reporting a significant increase in these behaviors compared to fathers in the control group; viii.) these results were maintained at the 12-month follow-up (T3); ix.) the attendance rates of both mother and father were high and both reported high levels of acceptance and satisfaction with the programme.

**Conclusions:** The results of our study suggest that the Incredible Years Programme has positive effects in the short- and medium term with families of children with oppositional/defiant behaviors. The improvement in positive parenting practices in both parents, as well as the perception of improvement in Openness to the Exterior by mothers, and the perception, by fathers, of a reduced impact of children's behavior problems in the family suggest that this programme is effective among Portuguese parents with children with oppositional/defiant behaviors. Moreover, the reduction of perceived oppositional behaviors by both parents, and the increase in children's prosocial behaviors perceived by fathers, also support the positive impact of this program in children with behavior problems.

Therefore, our results offer preliminary evidence that the Incredible Years Basic Programme can be an important tool for professionals working with these families, helping them to contribute to strengthening the parent-child relationship and preventing deviant life trajectories.

**Key-words:** Parental interventions; Incredible Years Basic Parents Program; longitudinal design; pre-school age; oppositional/defiant behaviors



## NOTA INTRODUTÓRIA

A importância do bem-estar psicológico das crianças e adolescentes para o seu ajustado desenvolvimento emocional, social, físico e cognitivo é amplamente reconhecida. A OMS revela que 1 em cada 5 crianças sofre de problemas de saúde mental, sublinhando a pertinência da identificação e intervenção precoces, de modo a atalhar a escalada de sintomas que mais tarde vão requerer tratamento e reabilitação, com implicações financeiras e sociais negativas. No nosso país, as normas do Plano Nacional de Saúde (PNS, 2008) alertam para que 10 a 20% das crianças manifestam problemas de saúde mental. Powell e Dunlap (2005) referem que a impulsividade, a hiperatividade, a oposição e a agressão são comportamentos observáveis na maioria das crianças de 3 e 4 anos, com 10 a 20% das crianças em idade pré-escolar a exibirem estes comportamentos a um nível significativo em casa ou no jardim-de-infância. No entanto, e embora nos últimos anos tenha vindo a tornar-se cada vez mais evidente que certas crianças que apresentam problemas de comportamento em idade precoce continuam a manifestá-los ao longo do tempo e, possivelmente, no decorrer da adolescência e vida adulta (Gardner, Burton, & Klimes, 2006; Webster-Stratton, 2012), menos de 1% das crianças em idade pré-escolar tem acesso a serviços de saúde mental na comunidade.

No nosso país, não estão disponíveis estudos epidemiológicos em idade pré-escolar, mas dados do Estudo Epidemiológico Nacional de Morbilidade Psiquiátrica com adultos (Furtado, Ribeirinho, & Gaspar, 2010) revelam que 1 em 5 portugueses sofreu no último ano de um problema de saúde mental (prevalência acima da média Europeia) e que aproximadamente metade dos participantes (43%) já teve um problema do foro da saúde mental ao longo da vida. Estes dados reforçam a importância de empreendermos, o mais precocemente possível, ações preventivas nos programas de saúde mental infantil em Portugal, onde existe ainda uma lacuna nas áreas da prevenção e promoção da saúde mental infantil e juvenil, bem como na aplicação de programas de prevenção e intervenção precoces.

Neste contexto, o presente estudo constitui-se como uma tentativa de criar uma resposta de intervenção preventiva precoce em Portugal, através da avaliação da eficácia de um programa para pais, internacionalmente reconhecido e baseado em evidência, o Programa Básico para Pais Anos Incríveis (Incredible Years, AI-Básico), numa amostra de famílias portuguesas com crianças em idade pré-escolar em risco de virem a desenvolver uma Perturbação de Oposição/Desafio (POD).

A abordagem desenvolvimental e ecológica preconizada pela Psicopatologia do Desenvolvimento (Achenbach, 1990; Cicchetti, 2006, 2011; Sroufe, 1997) constituiu a grelha de leitura conceptual e de orientação das opções metodológicas deste trabalho. Partindo do conhecimento atual sobre o tópico, procurámos delinear uma investigação que, colmatando algumas das lacunas existentes, contribuísse para responder à questão central: Qual a eficácia do Programa Básico para Pais Anos Incríveis, a curto e a médio-prazos, numa amostra de famílias portuguesas com crianças pré-escolares com comportamentos de oposição/desafio?

A investigação que conduzimos é aqui apresentada sob a forma de três estudos empíricos, que foram planificados para dar resposta a questões e objetivos específicos. Dos três estudos empíricos que apresentamos, um encontra-se publicado numa revista internacional com avaliação de pares (Estudo Empírico II), outro encontra-se em processo de resubmissão, após terem sido sugeridas revisões *minor* (Estudo Empírico III) e um terceiro encontra-se em processo de submissão (Estudo Empírico I). Adicionalmente, apresentamos também um Estudo de Revisão da Literatura, publicado numa revista nacional, e que constituiu o ponto de partida para a nossa investigação.

O presente trabalho encontra-se organizado em quatro partes. A Primeira Parte constitui o Enquadramento Teórico e engloba dois capítulos. O **Capítulo 1** inclui o artigo de revisão da literatura publicado na revista nacional *Análise Psicológica* intitulado **Perturbações de Comportamento Externalizante em Idade Pré-Escolar: O caso específico da Perturbação de Oposição**. Ao longo deste artigo procurámos caracterizar a Perturbação de Oposição em idade pré-escolar, a sua etiologia, aspetos epidemiológicos e as dificuldades de diagnóstico nesta faixa etária, bem como, à luz dos modelos ecológicos e desenvolvimentais que fundamentam o nosso trabalho, refletir sobre as múltiplas trajetórias de desenvolvimentais que podem conduzir à emergência e manutenção desta problemática. Por fim, são discutidas as principais implicações clínicas e os principais desafios que investigadores e clínicos enfrentam.

O **Capítulo 2**, com a designação **Intervenção parental com famílias com crianças pré-escolares com comportamentos de Oposição/Desafio: O Programa Básico para pais Anos Incríveis** é dedicada à descrição do estado da arte das principais intervenções parentais recomendadas para a POD em idade pré-escolar e aos resultados dos estudos de eficácia realizados. Em seguida, caracterizamos o programa parental que aplicámos neste estudo, designadamente quanto aos seus objetivos, pressupostos teóricos e evidência empírica de eficácia.



Seguidamente, no **Capítulo 3**, que corresponde ao **Enquadramento Metodológico do Estudo**, especificamos os objetivos que nortearam o presente trabalho, assim como as opções metodológicas (i.e., desenho, procedimentos de recolha de amostra, seleção dos participantes, métodos de recolha de informação e análise dos dados) subjacentes à sua prossecução.

Neste capítulo é ainda abordada a forma como os princípios éticos foram tidos em conta ao longo de todo o processo de investigação.

Os **Capítulos 4 5 e 6, Estudos Empíricos**, englobam os três estudos empíricos que constituem este trabalho. O **Estudo Empírico I** designa-se *Analysis of cross-informant correspondence and discrepancies in a sample of Portuguese preschoolers with behavior problems* e pretendeu comparar o grau de discrepância e o grau de acordo entre diferentes informadores do mesmo contexto (pai e mãe) e entre informadores de contextos diferentes mãe/professor; pai/professor), relativamente ao comportamento das crianças.

O **Estudo Empírico II** (*Incredible Years Parent training: Does it improve positive relationships in portuguese families of preschoolers with Oppositional/Defiant symptoms?*) teve como principal objetivo avaliar a eficácia do programa Básico para pais Anos Incríveis a curto e médio prazo, numa amostra de famílias portuguesas com filhos em idade pré-escolar com comportamentos de oposição/desafio, comparando os efeitos da intervenção em dois grupos de participantes aleatoriamente distribuídos. Para tal, foram utilizados diferentes informadores e diversas medidas, aplicadas antes, imediatamente depois da intervenção e seis meses depois desta ter terminado, com o objetivo de avaliar o impacto da intervenção em variáveis da mãe (práticas parentais, sintomatologia depressiva, intimidade conjugal) e dos filhos (comportamentos de oposição/desafio)

O **Estudo Empírico III** (*Incredible Years Training: Does it work for fathers of preschoolers with oppositional behavior symptoms?*) é também um estudo de natureza longitudinal, centrado na avaliação da eficácia do Programa Básico para pais Anos Incríveis junto da figura paterna, a curto e a médio prazo. Com este objetivo, foram comparados os efeitos da intervenção a curto-prazo nos pais-homens do grupo de intervenção e do grupo de controlo e, posteriormente, a manutenção destes resultados a médio prazos nos pais-homens do grupo de intervenção.

Finalmente, o Capítulo 7, designado **Discussão dos Resultados e das suas Implicações**, procura integrar os principais contributos dos diferentes estudos empíricos desenvolvidos. Para

além da discussão dos principais resultados desta investigação, salientamos também as suas principais limitações e algumas pistas para a investigação futura. Terminamos este capítulo com uma reflexão acerca das principais implicações do presente trabalho para a prática clínica.

Nos **Anexos**, são apresentados diferentes documentos relevantes para este trabalho (devidamente identificados ao longo do texto).

## Referências Bibliográficas

Achenbach, T. (1990). What is "developmental" about developmental psychopathology? In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 29-48). New York: Cambridge University Press.

Cicchetti, D. (2006). Development and Psychopathology. In D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Volume 1 - Theory and Method* (pp. 1-23). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Cicchetti, D. (2011). Developmental psychopathology. In R. M. Lerner, A. M. Freund, & M. E. Lamb(Eds.), *Lifespan Development*. Vol. 2 (pp. 511-589). New Jersey: Wiley & Sons.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Ministerio da Saude (2008). *Resumo executivo do Plano nacional de saude mental 2007-2016*. Retirado de [http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm\\_planonacionalsaudemental2007-2016\\_resumoexecutivo.pdf](http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016_resumoexecutivo.pdf)

Furtado, C., Ribeirinho, M., & Gaspar, M. (2010). *Análise da evolução da utilização de psicofármacos em Portugal continental entre 2000 e 2009*. Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde, Direção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde. Retirado de [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/monitorizacao\\_do\\_mercado/observatorio/estudos\\_realizados](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/monitorizacao_do_mercado/observatorio/estudos_realizados)

Gardner, F., Burton, J., & Klimes, I. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1123-1132. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01668.x

Powell, D., & Dunlap, G. (2005). Mental health services for young children. In R. G. Steele & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of mental health services for children, adolescents, and families* (pp. 15-30). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Developmental Psychology*, 9, 251-268. doi: 10.1017/S0954579497002046

Webster-Stratton, C. (2012). *Collaborating with parents to reduce children's behaviour problems: A book for therapists using the Incredible Years Programs*. Seattle, Incredible Years Inc.



# **PARTE I**

Enquadramento Teórico



**Capítulo 1** | Perturbações de Comportamento Externalizante em idade pré-escolar:  
O caso específico da Perturbação de Oposição

**Artigo de Revisão da Literatura**

Perturbações de Comportamento Externalizante em idade pré-escolar:  
O caso específico da Perturbação de Oposição

2013

*Análise Psicológica*

Volume 1, Páginas 31-48





**Perturbações de Comportamento Externalizante em idade pré-escolar:**

**O caso específico da Perturbação de Oposição**

**Externalizing Behavior Disorders in preschool age:**

**The specific case of Opposite Behavior Disorder**

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

**Resumo**

As Perturbações de Comportamento Externalizante são uma das principais razões pelas quais as crianças em idade pré-escolar são encaminhadas para os serviços de saúde mental. No entanto, não há ainda consenso relativamente ao diagnóstico destas perturbações nesta faixa etária.

Com a presente revisão da literatura, pretende-se contribuir para uma caracterização geral das Perturbações de Comportamento Externalizante, designadamente da Perturbação de Oposição, em idade pré-escolar, bem como refletir sobre as dificuldades de diagnóstico nesta faixa etária e sobre as diferentes trajetórias desenvolvimentais envolvidas na emergência destas perturbações. É ainda nosso objetivo identificar os principais fatores etiológicos implicados na sua origem e lançar algumas pistas para futuras investigações.

**Palavras-chave:** pré-escolar, perturbações externalizantes do comportamento, trajetórias de desenvolvimento, fatores de risco

### **Abstract**

Externalizing Behavior Disorder (EBD) are one of the major causes for searching mental health services in preschool children. However, there still is no agreement to what concerns making diagnoses in preschool years.

With this literature review, it's our goal to make a general description of EBD, specially Oppositional Disorder, in preschool years, and also to discuss about the difficulties in diagnosing in this period and the different developmental trajectories implicated in the emergence of EBD. Another goal is to identify the main etiological factors for the development of EBD and to reflect about some orientations to future research.

**Key-Words:** preschool, externalizing behavior disorders, developmental pathways, risk

## Introdução

As Perturbações Disruptivas do Comportamento, quadro no qual se englobam os diagnósticos de Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção, Perturbação do Comportamento e Perturbação de Oposição, e o aumento da sua prevalência na população infantil e juvenil constituem um problema que tem vindo a crescer e a preocupar cada vez mais as sociedades atuais.

Reflexo desta preocupação é o número cada vez maior de investigações que se têm debruçado sobre este assunto (Campbell, 1994; Costin, Lichte, Hill-Smith, Vance, & Luk, 2004; Hutchings, Bywater, & Daley, 2007) procurando respostas de prevenção e intervenção para um problema cujo início é cada vez mais precoce e que persiste (se não for alvo de intervenção) ao longo da trajetória de desenvolvimento do indivíduo, podendo levar a comportamentos de risco na adolescência e adultez (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Shaw, Lacourse, & Naguin, 2005).

Ao longo deste trabalho, e uma vez que o nosso foco é a idade pré-escolar, iremos centrar-nos de forma mais detalhada na Perturbação de Oposição (PO), já que a literatura tem mostrado que ela é não só um importante precursor para a Perturbação de Comportamento (PC) e os comportamentos antissociais, como também é um preditor das Perturbações do Humor e de Ansiedade, justificando-se assim o seu estudo e a identificação dos principais fatores de risco e consequente elaboração de planos de intervenção/prevenção (Burke, Pardini, & Loeber, 2008). Abordaremos também a PC sobretudo com o objetivo de tentar clarificar qual o tipo de relação entre estas duas entidades clínicas e as vias desenvolvimentais que conduzem de uma para a outra. De acordo com a revisão da literatura efetuada, utilizaremos o conceito de perturbações externalizantes do comportamento para nos referirmos ao conjunto de comportamentos agressivos, antissociais e opositivos, conceito este que é independente das classificações e nosografias existentes, como a DSM IV (Roskam et al., 2011). Fora do âmbito deste artigo fica a Perturbação de Hiperatividade.

A investigação tem mostrado que os problemas de comportamento externalizante em crianças de idade pré-escolar e escolar podem ter um impacto negativo no seu desenvolvimento. Hutchings, Bywater, Davies e Whitaker (2006), por exemplo, num estudo realizado com 157 famílias com crianças em idade pré-escolar que apresentavam sintomas precoces de Perturbação de Oposição/Desafio (POD), reportam dados que confirmam que estas crianças têm um risco mais elevado de virem a desenvolver uma personalidade antissocial na adolescência e idade adulta.

Também um estudo prospetivo de Biederman e colaboradores (2008), realizado ao longo de 10 anos com uma amostra clínica, concluiu que existe um maior risco de abandono escolar e de problemas de delinquência juvenil e/ou prática de atividades criminosas nos jovens com

diagnóstico precoce de PO ou PC. Kazdin (1997) refere também a maior probabilidade de existirem problemas de alcoolismo e/ou consumo de substâncias. Um outro estudo longitudinal de Emond, Ornel, Veenstra e Oldehinkel (2007), com uma amostra de 2230 crianças em idade pré-escolar, concluiu ainda que estas crianças correm um maior risco de serem rejeitadas pelos pares e Webster-Stratton e Hancock (1998) relatam, ainda, uma maior probabilidade de existirem problemas conjugais no futuro.

Estas implicações traduzem-se, por sua vez, em custos sociais e económicos para o indivíduo, as famílias e a sociedade (Hutchings et al., 2006) verificando-se ainda que muitas destas crianças são excluídas, mesmo que de forma indireta, de instituições de educação pré-escolar devido aos seus problemas (Gaspar, 2004).

No entanto, pais, educadores e profissionais debatem-se frequentemente com pontos de vista contraditórios: por um lado, os comportamentos desafiantes, agressivos e a desobediência em idade pré-escolar são considerados normativos, transitórios e desenvolvimentalmente adequados (Wakschlag et al., 2007, referem-se a esta tríade de comportamentos como “mau-comportamento normativo”, p. 926); por outro lado, tem vindo a tornar-se claro para os clínicos que cerca de metade das crianças em idade pré-escolar que são encaminhadas para consulta por problemas comportamentais (com pouca capacidade de autorregulação, problemas de disciplina e dificuldades de autocontrolo) continuam a manifestar dificuldades de forma persistente nos anos escolares e até posteriormente (Campbell et al. 2000; Rockhill, Collett, McClellan, & Speltz, 2006), evidenciando assim a relativa estabilidade dos problemas externalizantes.

O carácter paradoxal da normatividade das dificuldades comportamentais em idade pré-escolar chama-nos, então, a atenção para a dificuldade do diagnóstico em idades precoces. Por outro lado, a importância da identificação ou despiste precoce tem sido amplamente reconhecida, dado que esta é uma perturbação frequente em idade pré-escolar e acerca da qual a literatura revela que quanto mais precoce for a intervenção, maior será a sua eficácia (Gardner & Shaw, 2008).

### **Dificuldades no diagnóstico da Perturbação de Oposição**

As Perturbações de Comportamento são das categorias de diagnóstico mais antigas utilizadas na psiquiatria infantil (Angold & Costello, 1996) e o diagnóstico da Perturbação de Oposição, não obstante toda a discussão em seu torno, tem sido estabelecido, maioritariamente, recorrendo ao Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM). De facto, esta categoria de diagnóstico aparece pela primeira vez na terceira edição do DSM (DSM III), sob a designação de Perturbação de Oposição (PO), incluindo os seus sintomas “violações de regras

menores, birras, argumentação, desafio, provocação e teimosia” (Rockhill et al., 2006). Para ser feito este diagnóstico era necessária a presença de pelo menos dois destes sintomas, tendo estes que ocorrer com maior frequência do que nas outras crianças com a mesma idade mental. O seu início era situado antes dos 3 anos de idade e impunha-se uma duração dos sintomas por um período mínimo de seis meses. Estes critérios de diagnóstico foram posteriormente revistos na DSM III-R e a Perturbação de Oposição passou a ser designada de Perturbação de Oposição/Desafio (POD). Devido a preocupações com o sobrediagnóstico, o critério da teimosia foi eliminado, acrescentou-se o termo “muitas vezes” a cada um dos outros critérios e passou a exigir-se a presença de pelo menos cinco sintomas de uma lista de nove, para formular o diagnóstico. Desapareceu também a exigência relativa ao aparecimento dos sintomas antes dos 3 anos de idade e não foi estabelecida nenhuma idade mínima.

Atualmente, e segundo a DSM-IV, a designação adotada é a de Perturbação de Oposição (PO), cuja característica essencial é um padrão recorrente de comportamento negativista, hostil e desafiante que dura, pelo menos, 6 meses e se caracteriza pela ocorrência de no mínimo, quatro dos seguintes comportamentos: “encoleriza-se com frequência”; “discute com os adultos”; “desafia ou recusa cumprir os pedidos ou regras dos adultos”; “aborrece deliberadamente as pessoas”; “culpa os outros dos seus próprios erros ou mau comportamento”; “susceptibiliza-se ou é facilmente molestado pelos outros”; “sente raiva ou está ressentido”; e “é rancoroso ou vingativo”. Para fazer o diagnóstico os comportamentos “devem ocorrer com mais frequência do que é tipicamente observado nos sujeitos de idade e nível de desenvolvimento comparáveis e devem causar um déficit clinicamente significativo no funcionamento escolar, social ou laboral” (APA, 1996, p.96). Ainda de acordo com a DSM IV para ser feito o diagnóstico de PO os sintomas não precisam de estar presentes em simultâneo nos contextos familiar e escolar, dado que esta perturbação ocorre invariavelmente em contexto familiar, mas nem sempre em contexto escolar.

Apesar de, segundo a DSM IV, os critérios de diagnóstico de PO permitirem distinguir de forma fidedigna crianças pré-escolares sinalizadas e não sinalizadas, alguns autores colocam a questão de ser ou não possível, através destes critérios de diagnóstico, fazer a distinção entre os comportamentos típicos e atípicos em idade pré-escolar, dadas as elevadas taxas de agressividade e desobediência características desta faixa etária (Keenan & Wakschlag, 2002). Aliás, a própria DSM IV alerta para o facto de os comportamentos transitórios de oposição serem muito frequentes em idade pré-escolar (e na adolescência), devendo este diagnóstico ser feito com precaução nesta fase desenvolvimental, já que, embora as dificuldades na regulação dos impulsos, birras, agressividade e desobediência sejam características da PO, elas refletem também algumas das queixas normativas de pais de crianças em idade pré-escolar (APA, 1996). Assim, para fazermos um adequado diagnóstico, temos de nos assegurar que os comportamentos disruptivos

ocorrem com mais frequência e intensidade do que seria de esperar nestas idades. Neste contexto, Angold e Costello (1996) sugerem que, para ser feito um diagnóstico de PO, alguns comportamentos devem ter sido observados nos últimos três meses (e.g. vingativo; culpa os outros pelos seus erros); outros pelo menos duas vezes por semana (e.g. zanga-se com facilidade, encoleriza-se, discute com adultos, desafia ou recusa pedidos dos adultos); e outros pelo menos quatro vezes por semana (e.g. zangado ou ressentido, aborrece deliberadamente os outros).

Esta ausência de um enquadramento, baseado em evidências, que contemple variáveis desenvolvimentais e critérios clínicos especificamente desenhados para a idade pré-escolar tem sido apontada com uma das limitações à utilização da DSM IV enquanto sistema nosológico para crianças em idade pré-escolar (Keenan & Wakschlag, 2002). Outra das limitações apontadas pelos mesmos autores diz respeito ao facto de grande parte do trabalho da DSM se ter baseado em amostras de crianças em idade escolar e adolescentes, o que dificulta a sua generalização para o período pré-escolar.

Estas limitações parecem ser comuns a outros sistemas de classificação (por exemplo, o *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* [ICD-10], 2004; *Diagnostic and Statistical Manual of Primary Care* [DSM-PC], *American Academy of Pediatrics* [AAP], 1996; *Diagnostic Classification: 0 to 3* [DC:0-3], *Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs*, 1994. O ICD-10 (2004), por exemplo, é um outro sistema classificativo da Organização Mundial de Saúde utilizado em muitos países. Embora os critérios do ICD-10 e da DSM-IV tenham vindo a aproximar-se ao longo dos anos, subsistem ainda algumas diferenças importantes: nomeadamente o facto de, no ICD-10, a PO não ser classificada como uma categoria distinta, mas sim como um subtipo de PC; e também o facto de a coocorrência de PC com a perturbação hipercinética não ser considerada uma comorbilidade, mas antes um subtipo da perturbação hipercinética, ao qual é atribuída a designação “perturbação da conduta hipercinética” (Matthys & Lochman, 2010).

Assim, também a questão de se considerarem ou não a PO e a PC como entidades distintas tem sido alvo de grande discussão e contribuído para as dificuldades no estabelecimento de um diagnóstico correto (Rockhill et al., 2006). Para alguns autores (por exemplo, Frick & Silverthorn, 2001) a distinção é feita com base na severidade dos sintomas, considerando-se a PO um precursor para a emergência posterior de uma PC. No entanto, estudos, como o de Maughan, Messer, Goodman e Meltzer, em 2004, com uma amostra de 10.4385 jovens com uma média de 15 anos de idade, concluíram que, utilizando os critérios de diagnóstico da DSM-IV, um número significativo de crianças com PC não preenchia os critérios para o diagnóstico de PO.

Recentemente, Frick e Viding (2009), numa revisão acerca dos padrões crónicos do comportamento antissocial focalizaram-se no debate sobre a existência de duas possíveis

trajetórias desenvolvimentais para estas perturbações: (1) “a trajetória de início precoce”, que surge com a emergência na idade pré-escolar de problemas de comportamento (por exemplo, desobediência, gritar, bater), evolui em idade escolar para comportamentos agressivos e não agressivos (como mentir e roubar) e para sintomas mais graves na adolescência (como violência interpessoal e crimes contra a propriedade), alargando-se também os contextos em que os comportamentos disruptivos ocorrem (de casa para o jardim de infância, depois para o contexto escolar e finalmente para a comunidade mais alargada); e (2) “a trajetória de início tardio”, em que os comportamentos disruptivos surgem apenas durante a adolescência.

A investigação tem mostrado que, nas crianças que apresentam comportamentos disruptivos e antissociais precocemente, a frequência e a severidade das dificuldades comportamentais tendem a agravar-se ao longo do tempo, enquanto naquelas em que o aparecimento das dificuldades comportamentais acontece apenas na adolescência o prognóstico parece ser mais favorável. Num estudo prospetivo, realizado por de Lahey e colaboradores (1995), com uma amostra de 171 rapazes com sintomas clínicos de perturbação de comportamento, utilizando entrevistas de diagnóstico estruturadas (para crianças, pais e professores) ao longo de 4 anos, verificou-se que cerca de 88% das crianças que preenchiem critérios para perturbação de comportamento no primeiro ano, preenchiem novamente critérios para diagnóstico desta perturbação, pelo menos uma vez, nos três anos seguintes. Também Campbell, num estudo longitudinal realizado em 1994, no qual 112 crianças em idade pré-escolar com comportamentos considerados difíceis de lidar, foram avaliadas dois anos após uma primeira avaliação na linha de base (considerando relatos de mães, pais e professores), concluiu que a emergência de problemas de comportamento em idade pré-escolar parece ser um fator preditor do desenvolvimento posterior de uma perturbação de comportamento na adolescência e/ou idade adulta. Mais recentemente, Emond e colaboradores (2007), analisaram a compreensão das situações sociais e os comportamentos difíceis em idade pré-escolar enquanto preditores de POD, numa amostra com 1943 pré-adolescentes, avaliados aos 12-13 anos de idade e aos 13-15 anos de idade e cujos pais preenchiem um questionário relativo às características dos filhos em idade pré-escolar, tendo concluído que a existência de comportamentos difíceis em idade pré-escolar está associada ao diagnóstico de POD na adolescência, corroborando assim a hipótese de existir uma continuidade de dificuldades comportamentais desde a idade pré-escolar até à adolescência.

De acordo com uma revisão feita por Dandreaux e Frick (2009), a trajetória de início precoce está associada a fatores de risco específicos, designadamente, a défices neuropsicológicos e cognitivos e a características temperamentais como a impulsividade, défice de atenção e problemas na regulação emocional. Para além disso, estas crianças parecem ser oriundas de

famílias mais conflituosas, instáveis e com progenitores que utilizam práticas educativas menos eficazes (Dandreaux & Frick, 2009).

Para Lopes (2000), o que caracteriza a PO, parece ser, essencialmente, uma diferença de “nível” e não de “qualidade” relativamente a comportamentos desenvolvimentalmente normais. No entanto, o prolongamento destes comportamentos muito para além da idade pré-escolar torna-se preocupante, pois passa a inserir-se num padrão recorrente de comportamentos negativistas, hostis e desafiadores, que podem rigidificar e tornar-se estáveis. Para Wakschlag et al. (2007) um ponto central na distinção entre o “mau comportamento” normativo e o comportamento disruptivo é a sua interferência nos diferentes contextos (por exemplo, contexto escolar e contexto familiar), havendo evidência desenvolvimental que quanto mais interferente é um determinado comportamento nos diferentes contextos de vida da criança, mais persistentes se tornam os problemas (Campbell et al., 2000).

Apesar de os estudos não serem consensuais nem clarificarem acerca de qual o tipo de relação entre a PO e a PC, designadamente porque em muitas investigações estas perturbações são estudadas conjuntamente, dificultando a compreensão da sua relação (Munkvold, Ludervold, & Manger, 2011), parece-nos ser importante salientar a ideia da existência de uma escalada desenvolvimental na gravidade e frequência dos comportamentos disruptivos. Para além disto, é também necessário ter em conta as diferentes trajetórias que podem estar na sua origem, pois só assim poderemos intervir precocemente interrompendo, tão cedo quanto possível, este ciclo de comportamentos negativos. Assim, a realização de estudos que utilizem metodologias capazes de explorar a bidirecionalidade das relações entre a criança e o seu meio e analisar os possíveis fatores moderadores que constituem risco para a emergência deste tipo de perturbação é uma necessidade, já que só assim poderão ser desenhados planos de intervenção com impacto nos possíveis fatores de risco e de proteção implicados nestas diferentes trajetórias desenvolvimentais.

### **Caraterização da Perturbação de Oposição**

A Perturbação de Oposição em idade pré-escolar é frequente, com os estudos americanos com amostras clínicas a indicarem prevalências de cerca de 4 a 9% na população em geral (Egger & Angold, 2006). Em Portugal não temos conhecimento da existência de estudos epidemiológicos publicados com referência a esta faixa etária. Ao longo do desenvolvimento a prevalência desta perturbação tende a aumentar, com taxas de 6 a 12% nas crianças em idade escolar e até 15% na adolescência (Frick & Silverthorn, 2001). Embora na infância pareça existir uma prevalência



superior no sexo masculino (duas a três vezes maior frequência nos rapazes, especialmente quando são usados os relatos dos professores para o estabelecimento do diagnóstico) (Maughan et al., 2004), durante a adolescência a proporção torna-se aproximadamente igual (Silverthorn, 2001), existindo dados que evidenciam que as diferenças nas manifestações de comportamento agressivo de raparigas e rapazes são muito pequenas ou inexistentes, sobretudo na adolescência (Angold & Costello, 2003). Por outro lado, Munkvold et al. (2011), num estudo com uma amostra de 7.007 crianças entre os 7 e os 9 anos de idade, cujo objetivo era o de caracterizar as diferenças de género em crianças com sintomas de PO e a forma como estas se relacionam com padrões de comorbilidade, destacam a ideia do “paradoxo de género da comorbilidade”, explicando que embora em alguns estudos a prevalência de comportamentos antissociais seja maior nos rapazes do que nas raparigas, o risco de ter perturbações comórbidas associadas é maior entre as raparigas.

Ainda relativamente às diferenças de género, Kennan e Shaw (1997), numa revisão da literatura citada por Maughan (2003), colocam duas hipóteses para estas diferenças na idade pré-escolar: em primeiro lugar, o facto de as primeiras experiências de socialização serem diferentes para rapazes e raparigas, isto é, as mães encorajam mais as filhas a manifestarem comportamentos pró-sociais e desencorajam comportamentos mais aparatosos ou de exibição, o que leva a que as raparigas tenham tendência a apresentar mais comportamentos de autocontrolo e a que, quando surgem problemas, eles sejam mais internalizados do que externalizados; em segundo lugar, o desenvolvimento cognitivo, socioemocional e biológico acontece mais rapidamente nas raparigas e funciona como um promotor de competências para lidar com acontecimentos adversos, permitindo a utilização de respostas mais adaptativas.

O início da PO é tipicamente gradual e, tal como já referimos, uma percentagem significativa de casos de PO evoluem para uma Perturbação de Comportamento (APA, 1996), o que tem levado a um intenso debate sobre as fronteiras entre os dois diagnósticos (Emond et al., 2007).

Quanto à etiologia da PO, esta tem sido concetualizada como multifatorial, estando envolvidos fatores genéticos e ambientais, tais como história familiar de perturbação psiquiátrica, abuso de substâncias, práticas educativas parentais permissivas e inconsistentes ou conflitos conjugais (Burke, Pardini, & Loeber, 2008; McMahon, 2006).

A comorbilidade da PO com outras perturbações é muito frequente (Frick & Silverthorn, 2001; Gardner & Shaw, 2008): Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Perturbações Emocionais (Ansiedade e Depressão), Perturbações Específicas da Aprendizagem e Perturbações da Comunicação são as mais comumente associadas à PO, assumindo assim grande importância a realização de um diagnóstico diferencial cuidadoso. Vários estudos têm

mostrado que 25 a 50% das crianças com critérios de diagnóstico para PO têm também critérios de diagnóstico para outra ou outras perturbações da DSM-IV, nomeadamente PHDA, e que esta associação se manifesta tanto em amostras da comunidade, como clínicas (Gadow, Sprafkin, & Nolan, 2001). Maughan et al. (2004), por exemplo, num estudo realizado com uma amostra de 10438 crianças (retirada do British Mental Health Survey, de 1999) concluíram ainda que esta comorbilidade entre a POD e a PHDA parece ser maior para as raparigas do que para os rapazes.

A coocorrência de sintomas internalizantes (por exemplo, PO combinada com sintomatologia depressiva ou ansiógena) é muito frequente em idade pré-escolar (Rockhill et al., 2006), o que poderá refletir o facto de os comportamentos opositivos e disruptivos poderem ser uma das primeiras manifestações de ansiedade ou de outros processos relacionados com o humor.

### **Fatores de risco associados à emergência da Perturbação de Oposição**

Vários modelos explicativos têm sido propostos para clarificar a etiologia dos problemas de comportamento. Destacaremos, pela sua atualidade, pertinência e capacidade integradora, o modelo da Psicopatologia do Desenvolvimento. Este modelo ajuda-nos a compreender as múltiplas trajetórias desenvolvimentais que conduzem à emergência de uma PO, indo ao encontro dos modelos ecológicos do desenvolvimento e abarcando as diferentes variáveis (biológicas, familiares, contextuais) que poderão constituir fatores de risco para o seu aparecimento. Para além disto, através da leitura transacional que faz deste processo (Sameroff, 2009), tendo em conta as características inatas da criança (isto é, os fatores biológicos e temperamentais), o ambiente em que ela se desenvolve (características parentais e culturais) e a interação entre fatores inatos e ambientais, o modelo da Psicopatologia do Desenvolvimento permite-nos compreender o aparecimento de uma PO de uma forma dinâmica e bidirecional (Campbell et al., 2000; Patterson, Reid & Dishion, 1992).

A Psicopatologia do Desenvolvimento considera que o comportamento infantil deve ser compreendido tendo sempre em atenção que os mesmos resultados podem ser alcançados através de diversas trajetórias desenvolvimentais (princípio da multifinalidade) e que trajetórias semelhantes podem originar diversos resultados (princípio da equifinalidade) (Cicchetti & Cohen, 1995). Estes princípios revelam-se úteis quando nos propomos analisar os fatores de proteção e os fatores de risco na emergência de uma PO, permitindo-nos olhar para a emergência e manutenção desta perturbação de uma forma integrativa e ajudando-nos a centrar na compreensão holística de padrões de adaptação e incompetência ao longo do desenvolvimento, incluindo os factores e mecanismos que protegem o indivíduo de resultados mais desadaptativos, bem como aqueles que aumentam a sua vulnerabilidade à adversidade.

Na linha deste modelo, e indo ao encontro da investigação em torno dos problemas de comportamento, Campbell e colaboradores (2000), por exemplo, defendem que os problemas clinicamente significativos têm uma maior probabilidade de se tornarem evidentes quando a criança os exibe numa constelação de dificuldades que são relativamente frequentes e severas, em vários domínios do seu funcionamento (por exemplo, social e cognitivo), em diferentes contextos (familiar e escolar) e se manifestam junto de diferentes pessoas (pais, avós, educadores). Para além disso, salientam que há uma maior probabilidade destes problemas persistirem quando ocorrem num contexto familiar disfuncional, presumivelmente porque, quando sujeitos a níveis mais elevados de stresse, os pais exibem práticas educativas mais rígidas ou inconsistentes que, por sua vez, amplificam as lutas de poder entre os progenitores e a criança.

Estas conclusões são corroboradas por investigações mais recentes (Muris & Ollendick, 2005), que concluíram que a psicopatologia infantil, e designadamente, os problemas de comportamento, não são determinados apenas por um fator isolado, mas pela interação dinâmica de múltiplas vulnerabilidades e fatores protectores. Meunier e colaboradores (2011), num estudo recente realizado com uma amostra clínica de 119 crianças com idades entre os 3 e os 5 anos, verificaram que a emergência de problemas de comportamento externalizante parece resultar da combinação de diferentes factores, designadamente, práticas educativas negativas, temperamento da criança e relações com os irmãos.

Assim, e de acordo com os modelos ecológicos e desenvolvimentais que fundamentam a nossa abordagem das perturbações do comportamento, a trajetória (in)adaptativa de um indivíduo, perante um dado acontecimento, pode ser influenciada, de forma positiva ou negativa, por diversos fatores e contextos nos quais os acontecimentos estão inseridos. Em seguida, descreveremos de forma breve os diferentes fatores implicados na emergência e desenvolvimento da PO, agrupando-os numa de três grandes categorias ou domínios de potencial vulnerabilidade (Shaw, Gilliom, Ingoldsby, & Nagin, 2003): (1) fatores biológicos da criança (incluindo o temperamento, os fatores neuroanatômicos e neuropsicológicos e os fatores genéticos); (2) fatores relacionais pais-criança (incluindo processos de vinculação e práticas parentais); (3) fatores familiares e sociocontextuais.

*Fatores biológicos da criança.* Têm sido estudados vários fatores biológicos e a sua relação com o comportamento externalizante. No entanto, as conclusões dos diferentes estudos são ainda inconsistentes, não sendo totalmente claro até que ponto alguns processos biológicos são causa ou efeito das perturbações externalizantes.

Relativamente às funções neuropsicológicas, a investigação em crianças pré-escolares é ainda limitada, devido à falta de instrumentos de avaliação adequados para esta faixa etária e mais especificamente no que diz respeito à avaliação das funções executivas (Hill, 2003). Inicialmente,

a investigação nesta área focalizou-se no QI e nas capacidades linguísticas, com os estudos a evidenciarem que as crianças clinicamente referenciadas por comportamentos hiperativos ou comportamento difícil de controlar tinham pontuações mais baixas em medidas estandardizadas, quando comparadas com amostras de crianças normais (Speltz, DeKlyen, & Greenberg, 1999; Speltz, DeKlyen, Calderon, Greenberg, & Fisher, 1999). Mais recentemente, Roskam, Kinoo e Nassogne (2007) citam alguns estudos que apontam para um pior desempenho em medidas de funções executivas em crianças pré-escolares com comportamentos externalizantes, nomeadamente de tipo hiperativo.

Quanto aos fatores genéticos, embora só recentemente a investigação nesta área tenha considerado de forma séria a possibilidade de as perturbações externalizantes do comportamento poderem sofrer a influência de determinados genes, revisões da literatura (por exemplo, Simonoff, 2001) concluíram que genes específicos se associam de forma significativa com as perturbações disruptivas do comportamento havendo, contudo, evidência forte da interação gene-ambiente na determinação destas perturbações.

Ainda no âmbito dos factores biológicos, o temperamento representa o produto comportamental direto dos fatores genéticos e neurobiológicos. De um ponto de vista clínico, o temperamento é um conceito útil para descrever os padrões de comportamento em crianças que são ainda muito pequenas para lhes ser feito um diagnóstico, mas que apresentam alguns sinais de risco, indicadores da possibilidade de virem a desenvolver uma perturbação de comportamento (Matthys & Lochman, 2010).

Em 1968, Thomas e Chess, sublinharam a importância da qualidade do ajustamento entre pais e criança, referindo que os problemas de comportamento surgem quando não há um bom ajustamento entre as características temperamentais da criança e as práticas educativas dos pais (cf. conceito de *goodness of fit*). Posteriormente, outros estudos (Roskam et al., 2007) têm mostrado que algumas características temperamentais funcionam como verdadeiros fatores de risco para a emergência das perturbações externalizantes do comportamento, independentemente desse ajustamento. Hill (2003), numa revisão da literatura sobre esta questão, cita estudos que mostram que as crianças com maiores dificuldades de regulação emocional têm uma probabilidade mais elevada de virem a desenvolver comportamentos de tipo externalizante. Também o *Australian Temperament Project* mostrou que crianças que aos 7-8 anos de idade exibiam comportamentos agressivos e hiperativos tinham manifestado características temperamentais descritas como difíceis já aos 4-8 meses e que pioraram aos 32-36 meses de idade (Matthys & Lochman, 2010).

Por último, Hill (2003) salienta que as complicações ocorridas durante o parto constituem, igualmente, fatores de risco para o desenvolvimento de comportamentos antissociais, podendo

estar associadas a outros possíveis fatores de risco como a maternidade precoce, cuidados pré-natais pobres, baixas condições socioeconómicas ou consumos de álcool, drogas ou tabaco durante a gravidez. Estas variáveis, por sua vez, poderão combinar-se com riscos subsequentes, tais como, parentalidade inconsistente ou hostil o que, aumenta a probabilidade de comportamentos disruptivos nas crianças.

Em síntese, os fatores biológicos, considerados por Roskam e colaboradores (2007, p. 2) como as “predisposições orgânicas do comportamento”, desempenham um papel importante na etiologia das perturbações do comportamento externalizante, embora não haja ainda consenso na literatura relativamente à forma como a sua influência se exerce.

*Fatores relacionais pais-criança.* A investigação no domínio da Psicopatologia do Desenvolvimento tem demonstrado a importância dos processos de vinculação na etiologia dos problemas de comportamento externalizante (Roskam, Meunier, & Steivenart, 2011) e o conceito de modelo interno dinâmico parece ajudar a explicar a continuidade desenvolvimental que existe nessas perturbações (DeKlyen & Speltz, 2003). Tal como referem Maia, Veríssimo, Ferreira, Silva e Antunes (2012), estes modelos são construídos activamente pela criança, no contexto de experiências interactivas que começam durante o primeiro ano de vida e que são repetidas praticamente de forma diária durante a infância.

A teoria da Vinculação tem procurado explicar de que forma as relações que a criança estabelece precocemente com os seus cuidadores poderão moldar as suas expectativas acerca dos outros e a sua forma de lidar com os problemas. Até ao final do primeiro ano de vida da criança, o sistema de vinculação entre esta e os seus cuidadores está estabelecido, podendo um dos seguintes quatro padrões de vinculação emergir, reflectindo a história das interações precoces da criança com estes cuidadores: um padrão de vinculação seguro; dois padrões de vinculação inseguros (evitante ou ambivalente); e um padrão de vinculação desorganizado (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). A figura de vinculação serve à criança como uma base segura para a exploração do ambiente circundante, facilitando-lhe o domínio do seu mundo físico e social. Para além disto, o estabelecimento de uma vinculação segura está também associado a um funcionamento social mais adaptado (Veríssimo e colaboradores, 2011).

De uma forma geral, a investigação sugere que um padrão de vinculação insegura, conjuntamente com a vivência de situações de adversidade no contexto familiar, pode contribuir para o aparecimento de problemas de comportamento. Sroufe, Eglenad e Kreutzer (1990), por exemplo, num estudo de *follow-up* com crianças em idade escolar, reportaram que crianças de alto-risco, com padrões de vinculação inseguros têm uma maior probabilidade de desenvolver más relações com os pares e sintomas de agressividade e depressão. Também Shaw e colaboradores (1996), num estudo com uma amostra de alto risco, verificaram que uma

vinculação insegura era preditora de problemas de comportamento aos três e cinco anos de idade. Mais recentemente, Roskam e colaboradores (2011), numa amostra clínica de 117 crianças em idade pré-escolar, concluíram que a vinculação da criança ao cuidador principal constituía um importante mediador entre as práticas educativas e os problemas de tipo externalizante.

DeKlyen e Speltz (2003) propõem diferentes vias através das quais os processos de vinculação poderão estar relacionados com o desenvolvimento daqueles problemas. Em primeiro lugar, as crianças que experienciam uma vinculação insegura parecem ter uma maior probabilidade de desenvolver representações cognitivas negativas das relações que, por sua vez, enviesam as suas percepções e influenciam as suas cognições sociais. Ao desenvolverem modelos internos dinâmicos caracterizados pela desconfiança, raiva, medo e ansiedade, fazem mais enviesamentos de atribuições hostis e reagem de forma mais agressiva (Dodge, 1991). Em segundo lugar, a qualidade da vinculação insegura pode conduzir a uma menor motivação para as interações sociais, afetando adversamente a prontidão para obedecer aos pais ou a outros cuidadores. Maccoby e Martin (1983) referem que interações calorosas e a responsividade materna criam a base para a obediência e a internalização dos limites. Na ausência destes dois elementos, o exercício da disciplina torna-se também mais difícil, possivelmente porque a criança está menos preocupada em agradar aos pais, não reconhece os benefícios de uma relação de reciprocidade e não internaliza os valores de um cuidador que a rejeita e não reforça. A Perturbação de Comportamento poderá surgir como resultado último deste tipo de relação. Em terceiro lugar, os comportamentos externalizantes, como as birras ou a desobediência podem, para algumas crianças, ter uma “função de vinculação”, regulando a proximidade e a disponibilidade parentais quando estas são difíceis de obter. Porém, embora tenham, inicialmente, uma função adaptativa, estes esforços poderão contribuir também para o desenvolvimento de interações familiares negativas, aumentando a probabilidade da emergência de uma perturbação de comportamento. Em quarto e último lugar, as perturbações associadas à desregulação emocional (como é o caso da PO), podem dever-se, em parte, a uma perturbação na capacidade de tolerar e lidar com afetos fortes. De facto, a criança aprende a regular as suas emoções na sua interação precoce com os pais: um cuidador intrusivo ou insensível poderá não permitir que a criança module a estimulação e um cuidador não responsivo não a ajudará a alcançar os níveis desejados de ativação. Em ambos os casos, a criança poderá aprender um conjunto rígido e restrito de regras para se relacionar com os outros. Cabe, assim, aos pais o papel de ajudar a criança a regular de forma eficaz as suas emoções em momentos de stresse.

Embora pareça existir uma associação entre o comportamento externalizante da criança e um padrão de vinculação inseguro, as conclusões dos estudos relativos à existência desta relação não são ainda muito claras. Note-se que, sendo este um dos caminhos possíveis conducentes à

emergência precoce dos problemas de comportamento, torna-se necessária a realização de mais estudos, que clarifiquem os mecanismos específicos que contribuem para esta associação (Roskam et al., 2011).

Também as práticas educativas parentais ineficazes têm sido alvo de vários estudos, já que estas parecem ser um dos principais fatores etiológicos para o desenvolvimento e manutenção dos comportamentos agressivos das crianças, na medida em que podem interagir com os comportamentos de oposição, originando, assim, ciclos de comportamentos coercivos entre pais e filhos (Patterson et al., 1992). De facto, a relação entre o comportamento parental e os problemas de comportamento das crianças é dinâmica e recíproca e o modelo coercivo de Patterson (2002) ilustra bem a forma como o comportamento da criança pode modificar o comportamento dos pais de forma inadaptativa, levando-os a utilizar estratégias disciplinares rígidas, negativas e inconsistentes, que acabam por reforçar e manter o comportamento da criança. Paralelamente, ao estarem focalizados nos comportamentos negativos, os pais não reforçam e/ou ignoram os comportamentos pró-sociais dos seus filhos, levando à sua extinção e à ausência de treino destas competências (Patterson et al., 1992).

Várias investigações (algumas delas envolvendo a observação direta das interações pais-filhos em casa ou em contexto laboratorial) têm identificado diferentes processos parentais relacionados com a agressividade infantil (Patterson, 2002; Reid, Patterson, & Snyder, 2002), designadamente: (1) parentalidade não responsiva no primeiro ano de vida, com falta de consistência e de atenção adequadas às necessidades da criança; (2) ciclos de escalada coerciva de práticas parentais rígidas e desobediência infantil, com início nos primeiros anos de vida da criança, especialmente em crianças com temperamento mais difícil; (3) utilização de práticas educativas rígidas e inconsistentes; (4) utilização de ordens pouco claras; (5) falta de afeto positivo; e (6) falta de supervisão e monitorização parental à medida que a criança se aproxima da adolescência.

Para além destes processos, as práticas parentais positivas (como as trocas sociais positivas, monitorização das atividades da criança, manifestações de afeto por parte dos pais) são também importantes. Gardner, Shaw, Dishion, Supplee e Burton, por exemplo, num estudo aleatório publicado em 2007, realizado com 120 famílias de crianças com 2 anos de idade, concluíram que após uma intervenção parental breve focalizada na promoção de práticas parentais positivas, houve um aumento de práticas positivas no grupo de intervenção e que este estava correlacionado com a diminuição de comportamentos negativos na criança. Esta e outras investigações (por exemplo, Smith, Landry, & Swank, 2000) evidenciam que a ausência de práticas parentais positivas poderá ser tão importante na etiologia dos comportamentos externalizantes como a presença de ciclos coercivos e encontra-se negativamente correlacionada com os

problemas de comportamento infantil. Por outro lado, a investigação sobre comportamentos parentais muito rígidos ou abusivos, pouco consistentes e onde a presença de reforços pelo comportamento positivo é escassa, sugere que este tipo de práticas aumenta de forma significativa o risco das crianças virem a desenvolver uma perturbação de comportamento (Burke et al., 2004).

Concluindo, sabemos hoje que os fatores relacionais pais-criança têm um importante papel na etiologia das perturbações externalizantes do comportamento e que os sintomas precoces de comportamentos externalizantes coevoluem com práticas parentais disfuncionais, exercendo uma influência mútua. Contudo, tem também sido demonstrado que as crianças que precocemente manifestem problemas comportamentais poderão ultrapassar as suas dificuldades no contexto de um bom funcionamento familiar, o qual parece servir como um modelo positivo e permitir o exercício de uma parentalidade menos coerciva e mais positiva (Campbell et al., 2000). Estes dados salientam, uma vez mais, a importância de orientarmos o trabalho clínico para os pais, promovendo estratégias de parentalidade positiva e sublinhando a necessidade de intervirmos precocemente com famílias com práticas educativas disfuncionais e comportamentos de risco.

*Fatores familiares e sociocontextuais.* O modelo transacional de Sameroff (2009) postula que o desenvolvimento da criança é o resultado da interação dinâmica e contínua entre esta e as experiências proporcionadas pelo(s) seu(s) contexto(s) sociais, sendo esta influência, bidirecional. Há cada vez mais dados que mostram o papel importante que os fatores de risco familiar desempenham no aparecimento precoce (e conseqüente progressão) dos problemas de comportamento (McMahon, 2006). Shaw e colaboradores (2003), num estudo com 284 rapazes com idades entre os 2 e os 8 anos, oriundos de famílias de baixo nível socioeconómico, concluíram que o contexto familiar e social e, nomeadamente, o número de acontecimentos de stresse que a família vivencia ou vivenciou, pode afetar a capacidade dos pais para dar às crianças os cuidados de que elas necessitam, contribuindo assim para a emergência e persistência dos problemas de comportamento. Conclusões semelhantes foram também reportadas por Goldstein e colaboradores (2007), num estudo que examinou diferentes fatores de stresse familiar numa amostra de 278 crianças com 3 anos de idade e três tipos de situação clínica: hiperatividade; hiperatividade com perturbação de oposição associada; e crianças sem qualquer tipo de problema. Os autores concluíram que crianças com diagnóstico de PHDA e de PHDA com PO associada apresentam níveis mais elevados de stresse familiar, quando comparadas com crianças sem problemas.

O stresse familiar é, independentemente desse ajustamento, habitualmente, ocasionado por fatores como as características parentais (escassas habilitações literárias, doença psiquiátrica, consumo de substâncias, criminalidade), o funcionamento familiar (relação conjugal, violência



familiar) e condições ambientais (pobreza, agregados familiares muito numerosos, zonas residenciais violentas). Outros fatores ecológicos de grande importância são as reações de stress familiar aos acontecimentos de vida adversos, designadamente, o desemprego, o divórcio e a escassez de suporte social disponível e utilizado pela família (Patterson et al., 1989; Rockhill, 2006). É a combinação de múltiplos fatores de risco que cria as condições para a existência de problemas de comportamento persistentes.

Importantes também, à medida que o contexto ecológico da criança se expande, são as relações com os pares (Campbell et al., 2000), na medida em que vários aspetos destas relações parecem influenciar o desenvolvimento e manutenção das dificuldades da criança com problemas do comportamento externalizante. Diversos estudos têm mostrado que crianças com perturbações do comportamento têm relações mais conflituosas com os pares do que crianças da população em geral (Matthys & Lochman, 2010), apresentando mais dificuldades em neutralizar os conflitos quando estes estão ainda no início e exibindo menos comportamentos pró-sociais em reação a comportamentos antissociais por parte dos pares normais.

Pardini, Barry, Barth, Lochman e Wells (2006), por exemplo, num estudo com uma amostra de 213 jovens classificados como exibindo problemas de comportamento, reportam que os jovens percebidos de forma menos favorável pelos seus pares têm um maior número de problemas de comportamento.

Podemos, assim, concluir que as crianças com perturbações do comportamento têm maior risco de serem rejeitadas pelos pares, podendo a afiliação destas crianças a outras crianças com dificuldades comportamentais semelhantes rigidificar o seu comportamento e papel sociais.

Apesar do elevado número de estudos que analisam o papel que os fatores de risco familiar desempenham no aparecimento dos problemas de comportamento, importa salientar que este efeito não pode ser analisado de forma unidirecional, exigindo uma análise mais complexa do modo como também os próprios comportamentos da criança contribuem, desde cedo, para a regulação da sua interação com os outros (Maughan, 2003). De facto, e tal como já foi referido, modelos como o de Patterson (2002) mostram que a interação pais-filhos é um processo bidirecional, em que ambos os elementos da díade despoletam, através dos seus comportamentos, reações de maior ou menor hostilidade no outro, potenciando o ciclo coercivo já acima descrito. Este padrão de interação negativo entre pais-filhos poderá ser replicado noutros contextos de vida da criança, tais como a escola ou a relação com pares, o que contribuirá também para a emergência e/ou manutenção das dificuldades comportamentais da criança.

Em resumo, o comportamento das crianças é também (embora não só) o resultado dos seus fatores contextuais, pelo que a intervenção nos problemas de tipo externalizante implica necessariamente uma intervenção nos diferentes contextos em que a criança se insere.

## Conclusões e direções Futuras

A compreensão da forma como os diferentes fatores de risco (biológicos, relacionais, sociais) estão implicados na emergência precoce dos problemas de comportamento é um dos grandes desafios da Psicopatologia do Desenvolvimento.

A lista de potenciais fatores etiológicos ou de risco para as Perturbações Externalizantes do Comportamento é extensa e heterogênea, abrangendo desde fatores genéticos até às características do bairro em que a criança reside. A maior parte dos estudos têm analisado estes fatores isoladamente. No entanto, é pouco provável que cada um deles, de forma singular seja suficiente para despoletar uma PO ou outras perturbações de tipo externalizante, pois a emergência destas perturbações parece estar relacionada sobretudo com a combinação de vários fatores de risco (Greenberg, Speltz, DeKlyen, & Jones, 2001). Assim, e embora existam vários modelos multifatoriais para explicar os problemas externalizantes (Shaw et al., 2003; Roskam et al., 2007; Wakschlag et al., 2007), não há ainda muitos estudos que tenham testado a significância concorrente ou preditiva destes modelos (Rockhill, 2006).

De acordo com a revisão da literatura realizada, podemos concluir que as perturbações do comportamento, em geral, e a PO, em particular, são claramente multideterminadas, pelo que a investigação nesta área deve abarcar este fenómeno em toda a sua complexidade, contribuindo para o desenvolvimento de modelos de classificação diagnóstica baseados em mecanismos etiológicos específicos, tais como o temperamento, a vulnerabilidade genética, as interações genes-ambiente e as tipologias das relações pais-filhos. Neste sentido, os critérios de diagnóstico da DSM IV devem ser refinados, de modo a incorporarem parâmetros e construtos desenvolvimentalmente sensíveis, e a terem também em consideração variáveis parentais e familiares (Evangelista & McLellan, 2004).

Ainda relativamente às questões do diagnóstico e classificação, é fundamental que sejam desenvolvidas metodologias de avaliação estandardizadas, designadamente entrevistas de diagnóstico para a idade pré-escolar, mas também metodologias de observação que nos permitam captar as características qualitativas que permitem distinguir um comportamento típico de um atípico (Keenan & Wakschlag, 2002; Wakschlag et al., 2007). Para além disso, torna-se necessária a realização de estudos sobre a PO enquanto construto clínico independente da PC para, desta forma, ser possível investigar e compreender as suas características distintivas (Munkvold et al., 2011).

Também é importante analisar detalhadamente as diferenças de género, uma vez que muitos dos estudos realizados assentam em amostras maioritariamente constituídas por rapazes (Dandreaux & Frick, 2009; Wilens et al., 2002). Assim, é relevante avaliar se o padrão de relação

entre as variáveis é o mesmo para rapazes e raparigas e se as raparigas do grupo de risco têm uma maior probabilidade de serem agressivas e impulsivas em idade pré-escolar, mas, posteriormente, de se tornarem mais ansiosas e depressivas (Campbell et al., 2000).

Quanto às metodologias de estudo deste fenómeno, torna-se necessário proceder a mais estudos longitudinais de crianças em risco, da infância até à adolescência, estudos estes que deverão englobar crianças cujos fatores de risco se manifestem a níveis tão diferentes como as características pessoais, práticas parentais de risco, funcionamento familiar pobre e risco sociodemográfico (Campbell, 2000). Uma melhor compreensão dos fatores protetores, variáveis pessoais e ambientais que contribuem para aumentar a resiliência das crianças face a acontecimentos e/ou contextos adversos, será também útil para o desenvolvimento de programas de intervenção mais adequados, direcionados para a diminuição dos fatores de risco e incremento dos fatores protetores (Frick & Viding, 2009). Neste sentido, estudos longitudinais futuros deverão dar maior relevância aos fatores que distinguem as crianças em idade pré-escolar que acabam por ultrapassar os seus problemas de comportamento disruptivo daquelas nas quais o comportamento persiste, bem como ao estudo da relação entre a POD precoce e a emergência de psicopatologia no futuro. Tal como sugere Maughan (2003), os estudos longitudinais deverão explorar, de forma prospectiva, os potenciais fatores de risco antes da manifestação dos sintomas na criança, pois só assim poderão ultrapassar-se as meras evidências correlacionais para as quais a maioria dos estudos aponta.

Para além disto, deverá privilegiar-se a utilização de modelos desenvolvimentais sensíveis ao risco ambiental (Costello & Angold, 1993), de modo a poderem ser tidos em conta os potenciais fatores de risco ambiental que vão surgindo ao longo do desenvolvimento da criança e o impacto que estes têm nos diferentes estádios do desenvolvimento infantil.

Por último, e relativamente às implicações para a prática clínica decorrentes da investigação nesta área, consideramos ser urgente apostar em intervenções que possibilitem um desenvolvimento equilibrado em crianças que apresentam já alguns fatores de risco (Emond et al., 2007; Evangelista & McLellan, 2004; Frick & Viding, 2009). De uma forma bastante saliente, a investigação nesta área põe em evidência a prevenção e intervenção precoces em crianças com problemas de comportamento como vias preferenciais para a prevenção de comportamentos antissociais e agressivos mais graves no futuro (Gardner et al., 2007; Hutchings, Bywater, & Daley, 2007; Webster-Stratton & Reid, 2010).

## Referências Bibliográficas

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

American Academy of Pediatrics (AAP, 1996). *The classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care. Diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC), child and adolescent version*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

American Psychiatric Association (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Angold, A., & Costello, J. (2003). The epidemiology of disorders of conduct: Nosological issues and comorbidity. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 126-168). Cambridge University Press.

Angold A., & Costello J. (1996) Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1205-1212. doi: 10.1097/00004583-199609000-00018

Biederman, J., Petty, C., Hughes, S., Mick, E., Monuteaux, M., & Faraone, S. (2008). The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychological Medicine*, 38, 1027-1036. doi: 10.1017/S0033291707002668

Burke, J., Loeber, R., & Birmaher, B. (2004). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part II. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 4, 558-576. doi:10.1097/00004583-199609000-00018

Burke, J., Pardini, D., & Loeber, R. (2008). Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 679-692. doi: 10.1007/s10802-008-9219-7

Campbell, S. (1994). Hard-to-manage preschool boys: Externalizing behavior, social competence, and family context at two-year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 147-166. doi: 10.1007/BF02167897

Campbell, S., Shaw, D., & Gilliom, M. (2000). Externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488. doi: 10.1017/S0954579400003114

Cicchetti, D., & Cohen, D. (1995). *Developmental psychopathology*. New York: John Wiley and Sons.

Costello, E., & Angold, A. (1993). Toward a developmental epidemiology of the disruptive behaviour disorders. *Development and Psychopathology*, *5*, 91-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400004284>.

Costin, J., Lichte, C., Hill-Smith, A., Vance, A., & Luk, E. (2004). Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder. *Australian e-Journal for the advancement of mental health*, *3*, 1-8.

Dandreaux, D., & Frick, P. (2009). Developmental pathways to conduct problems: A further test of the childhood and adolescent onset distinction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*, 375-385. doi: 10.1007/s10802-008-9261-5

DeKlyen, M., & Speltz, M. (2003). Attachment and conduct disorder. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 320-345). Cambridge University Press.

Dodge, K. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 201-18). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Egger, H., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioural disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 313-337. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01618

Emond, A., Ormel, J., Veenstra, R., & Oldehinkel, A. (2007). Preschool behavioral and social-cognitive problems as predictors of (pre) adolescent disruptive behavior. *Child Psychiatry Human Development*, *38*, 221-236. doi: 10.1007/s10578-007-0058-5

Evangelista, N., & McLellan, M. (2004). The Zero to Three Diagnostic System: A framework for considering emotional and behavioral problems in young children. *School Psychology Review*, *33*, 159-173. Retirado de [www.nasponline.org/publications/spr/pdf/spr331evangelista.pdf](http://www.nasponline.org/publications/spr/pdf/spr331evangelista.pdf)

Frick, P., & Viding, E. (2009). Antisocial behaviour from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, *21*, 1111-1131. doi: 10.1017/S0954579409990071

Frick, P., & Silverthorn, P. (2001). Psychopathology in children and adolescents. In H. Adams (Ed.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 879-919). New York: Plenum Press.

Gadow, D., Sprafkin, J., & Nolan, E. (2001). DSM-IV symptoms in community and clinic preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 1383-1392. doi:10.1097/00004583-200112000-00008

Gardner, F., & Shaw, D. (2008). Behavioral problems of infancy and preschool children (0-5). In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (pp. 882-893). Blackwell Publishing.

Gardner, F., Shaw, D., Dishion, T., Supplee, L., & Burton, J. (2007). Randomized Prevention Trial for Early Conduct Problems: Effects on Proactive Parenting and Links to Toddler Disruptive Behavior. *Journal of Family Psychology, 21*, 398-406. doi: 10.1037/0893-3200.21.3.398

Gaspar, M. F. (2004). Educação parental e educação pré-escolar: Uma parceria a construir, um projeto sócio-educativo a investir. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 1-3*, 255-268.

Greenberg, M., Speltz, M., DeKlyen, M., & Jones, K. (2001). Correlates of clinical referral for early conduct problems: Variable and person oriented approaches. *Development and Psychopathology, 13*, 255-276.

Goldstein, L., Harvey, E., Friedman-Weieneth, J., Pierce, C., Tellert, A., & Sippel, J. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3 year old children, Part II: Investigating differences in parent psychopathology, couple conflict and other family stressors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*, 111-123. doi: 10.1007/s10802-006-9088-x

Hill, J. (2003). Biosocial influences on antisocial behaviours in childhood and adolescence. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 103-125). Cambridge: Cambridge University Press.

Hutchings, J., Bywater, T., & Daley, D. (2007). Early prevention of conduct disorder: How and why did the North West Wales Sure Start study work? *Journal of Children Services, 2*, 4-14. doi: 10.1108/17466660200700012

Hutchings, J., Bywater, T., Davies, C., & Whitaker, C. (2006). Do crime rates predict the outcome of parenting programmes for parents of "high-risk" preschool children? *Educational & Child Psychology, 23*, 15-23.

Kazdin A. (1997). Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 38*, 161-178. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01851.x

Keenan, K., & Wakschlag, L. (2002). More than the Terrible Twos: The Nature and Severity of Behavior Problems in Clinic-Referred Preschool Children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 33-46. doi: 10.1023/A:1005118000977

Lahey, B., Loeber, R., Hart, E., Frick, J., Applegate, B., Zhang, Q., Green, M., & Russo, F. (1995). Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 83-93. doi: 10.1037/0021-843X.104.1.83

Lopes, J. (2000). Distúrbios exteriorizados do comportamento: Uma perspetiva desenvolvimental. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp- 181-224). Coimbra: Quarteto Editora.

Maia, J., Veríssimo, M., Ferreira, B., Silva, F., & Antunes, M. (2012). Singularities of gender in the representations of attachment during pre-school time. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 25, 491-498. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722012000300008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000300008&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0102-7972. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000300008>.

Matthys, W., & Lochman, J. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Oxford: John Wiley & Sons Ltd.

Maughan, B. (2003). Conduct disorder in context. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 169-201). Cambridge: Cambridge University Press.

Maughan B., Rowe R., Messer J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 609-621. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x

Mccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E.M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (pp. 469-546). New York: John Wiley & Sons.

McMahon, R. (2006). Parent training interventions for preschool-age children. In R. Tremblay, R. Barr & R. Peters (Eds.). *Encyclopedia on early childhood development* (online). Montreal, Quebec: Center of Excellence for early childhood development; 1-8. Consultado a 15 de outubro de 2011 em: <http://www.excellence-earlychildhood.co/documents/McMahonRJANGxp.pdf>

Meunier, J., Roskam, I., Stievenart, M., van de Moortele, G., Browne, D., & Kumar, A. (2011). Externalizing behavior trajectories: The role of parenting, sibling relationships and child personality. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32, 20-33. doi: 10.1016/j.appdev.2010.09.006,

Munkvold, L., Ludervold, A., & Manger, T. (2011). Oppositional Defiant Disorder – Gender differences in co-occurring symptoms of mental health problems in general population of children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 577-587. doi: 10.1007/s10802-011-9486-6

Muris, P., & Ollendick, T. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 271-289. doi: 10.1007/s10567-005-8809-y

Pardini, D., Barry, T., Barth, J., Lockman, J., & Wells, K. (2006). Self-perceived Social Acceptance and Peer Social Standing in Children with Aggressive–Disruptive Behaviors. *Social Development, 15*, 46-64. doi: 10.1111/j.1467-9507.2006.00329

Patterson, G., (2002). The early development of coercive family process. In J. Reid, G. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: a developmental analysis and model of intervention* (pp. 25-64). Washington: American Psychological Association.

Patterson, G., DeBaryshe, B., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behaviour. *American Psychologist, 44*, 329-335. doi: 10.1037/0003-066X.44.2.329

Patterson, G., Reid, J., & Dishion, T. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.

Reid, J., Patterson, G., & Snyder, J. (2002). Preventing efforts during the elementary school years: The linking the interests of families and teachers projects. In J. Reid, G. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: a developmental analysis and model of intervention* (pp. 219-233). Washington: American Psychological Association.

Rockhill, C., Collett, B., McClellan, J., & Speltz, M. (2006). Oppositional Defiant Disorder. In J. Luby (Ed.), *Handbook of preschool mental health: Development, disorders and treatment* (pp. 80-115). New York: The Guilford Press.

Roskam, I., Meunier, J., & Stiévenart, M. (2011). Parent Attachment, Childrearing Behavior, and Child Attachment: Mediated Effects Predicting Preschoolers' Externalizing Behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology, 3*, 170-179. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appdev.2011.03.003>

Roskam, I., Stiévenart, M., Meunier, J., Van de Moortele, G., Kinoo, P., & Nassogne, M. (2011). Le diagnostic précoce des troubles du comportement externalisé est-il fiable? Mise à l'épreuve d'une procédure multi-informateurs et multiméthodes. *Pratiques Psychologiques, 17*, 189-200. doi:10.1016/j.prps.2009.07.001.

Roskam, I., Kinoo, P., & Nassogne, M. (2007). L'enfant avec troubles externalisés du comportement : Approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 55*, 204–213. doi:10.1016/j.neurenf.2007.01.005.

Sameroff, A. (2009). The transactional model. In A. Sameroff (Ed.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (pp. 3-21). Washington: American Psychological Association.

Shaw, D., Gilliom, M., Ingoldsby, E., & Nagin, D. (2003). Trajectories leading to school-age conduct problems. *Developmental Psychology, 39*, 2, 189-200. doi: 10.1037/0012-1649.39.2.189



Shaw, D., Lacourse, E., & Naguin, D. (2005). Developmental trajectories of conduct problems and hyperactivity from ages 2 to 10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*, 931-942. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00390.x

Shaw, D., Owens, E., Vondra, J., Keenan, K., & Winslow, E. (1996). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, *8*, 679-700. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400007367>.

Silverthorn, P. (2001). Oppositional Defiant Disorder. In H. Orvaschel, J. Faust & M. Hersen (Eds.), *Handbook of conceptualization treatment of child psychopathology* (pp. 41-56). Amsterdam: Pergamon Press.

Simonoff, E. (2001). Genetic influences on conduct disorder. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp- 202-234). Cambridge: Cambridge University Press.

Speltz, M., DeKleyn, M., Calderon, R., Greenberg, M., & Fisher, P. (1999). Neuropsychological characteristics and test behaviors on boys with early onset conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*, 315-325. doi:10.1037/0021843X.108.2.315

Speltz, M., DeKleyn, M., & Greenberg, M. (1999). Attachment in boys with early onset conduct problems. *Development and Psychopathology*, *11*, 269-285.

Smith, K., Landry, S., & Swank, P. (2000). The Influence of Early Patterns of Positive Parenting on Children's Preschool Outcomes. *Early Education and Developmental*, *11*, 147-169. doi:10.1207s15566935eed1102\_2

Sroufe, L., Egelenad, B., & Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development*, *61*, 1363-73. doi: 10.1111/j.1467-8624.1990.tb02867.x

Veríssimo, M., Fernandes, C., Santos, A., Vaughn, B., & Bost, K. (2011). A relação entre a qualidade da vinculação à mãe e o desenvolvimento da competência social em crianças de idade pré-escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica* *24*, 292 - 299. doi: 10.1590/S0102-79722011000200010

Wakschlag, L., Briggs-Goawan, M., Carter, A., Hill, C., Danis, B., Keenan, K., McCarthy, K., & Leventhal, B. (2007). A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*, 976-987. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01786.x

Webster-Stratton, C., & Hancock, L. (1998). Parent training for young children with conduct problems: Content, methods and therapeutic process. In C. Schaefer & J. M. Briesmeister (Eds), *Handbook of parent training* (pp.98-152). New York: John Wiley & Sons.

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2010). The Incredible Years Parents, Teachers, and Children Training Series: A Multifaceted Treatment Approach for Young Children with Conduct Problems. In J. Weisz & A. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 194-210). New York: Guilford Publications.

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

World Health Organization (2004). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Tenth Revision (ICD-10). Vol. 2 (2<sup>nd</sup> ed.). Geneva.



*“When professionals and lay people look at families of children with conduct problems certain judgments are commonplace: parents are at fault for the child’s misbehaviors and parents might resolve the child’s problems if only they were more committed or effective in their discipline strategies. These judgments are off base. “*

*(Webster-Stratton, Collaborating with parents to reduce children’s behavior problems, 2012, p. 93)*



## **CAPÍTULO 2 | Intervenção Parental em Pré-escolares com Comportamentos de Oposição/Desafio:**

### **O Programa Básico para Pais Anos Incríveis**

#### **Principais programas de intervenção parental para pré-escolares com comportamentos de Oposição/Desafio**

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

Descrição breve do programa: Objetivos e conteúdos

Métodos e processos utilizados

Implementação com fidelidade e o papel do líder/dinamizador

Suporte empírico para o Programa Básico para Pais Anos Incríveis

A investigação com o Programa Básico para Pais Anos Incríveis em Portugal

Racional para a utilização do Programa Básico para Pais Anos Incríveis no presente estudo



A investigação na área da Perturbação de Oposição/Desafio (POD) tem-se centrado no estudo da influência das práticas educativas e comportamentos parentais enquanto fator predisponente e de manutenção para esta perturbação (Patterson, 2002; Webster-Stratton, 2001). As teorias da Aprendizagem (e.g., Bandura, 1977), por exemplo, sugerem que os comportamentos opositivos e desafiadores representam padrões de comportamento que podem refletir a utilização, por parte dos progenitores e outras figuras de autoridade, de estratégias de reforço negativo. Estas aumentariam a frequência e intensidade dos comportamentos de oposição/desafio da criança, proporcionando-lhe a atenção que procura. Também a Teoria do Processo Familiar Coercivo (Patterson, Reid, & Dishion, 1992) perspectiva que as crianças com Perturbações do Comportamento aprendem os seus comportamentos antissociais a partir do seu envolvimento em padrões de interação coerciva com os pais, manifestando posteriormente estes comportamentos em contexto escolar e comunitário.

Com base nestes pressupostos têm surgido, nos últimos anos, diferentes estudos acerca da eficácia da intervenção com pais em crianças pré-escolares com comportamentos de oposição/desafio (e.g., Brestan & Eyberg, 1998; Kazdin & Weisz, 2010; Sandler, Schoenfelder, Wolchik, & MacKinnon, 2011) e as intervenções centradas na família e na criança têm vindo a constituir-se como uma modalidade de intervenção promissora de prevenção do comportamento antissocial da criança e/ou de promoção do seu bem-estar emocional (Gaspar, 2003).

Apresentamos, em seguida, alguns dos principais programas de intervenção parental utilizados para crianças com comportamentos de oposição/desafio. Posteriormente, descreveremos de forma detalhada o Programa Básico para pais Anos Incríveis (AI-Básico), procurando também justificar a escolha deste programa para a presente investigação.

## **2.1. Principais programas de intervenção parental para crianças pré-escolares com comportamentos de Oposição/Desafio**

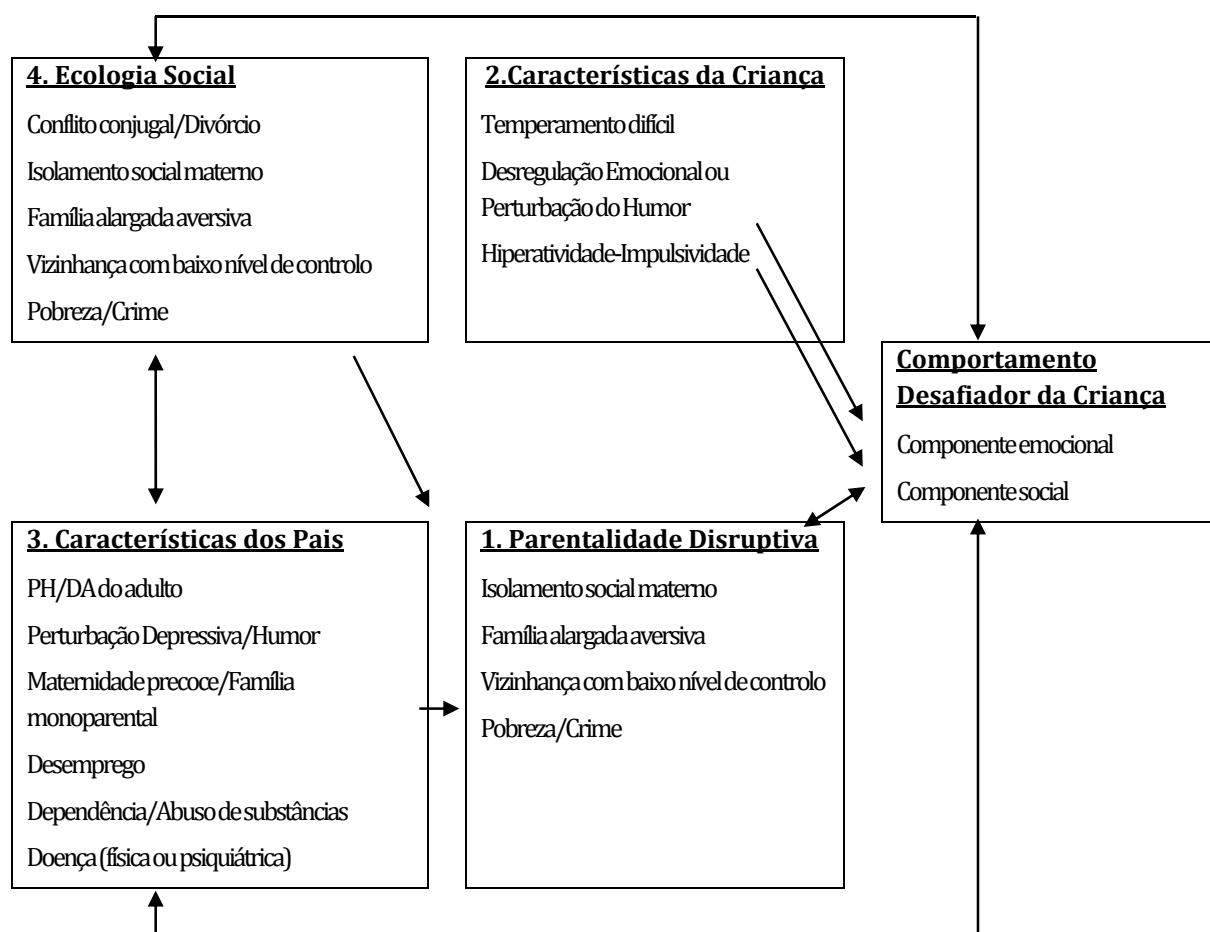
O carácter heterogéneo e multietiológico da Perturbação de Oposição/Desafio (POD) tem sido abordado pelos diferentes modelos explicativos que procuram clarificar a etiologia dos problemas de comportamento. Pela sua pertinência e capacidade integradora, destacamos o modelo da Psicopatologia do Desenvolvimento, que nos permite compreender as múltiplas trajetórias desenvolvimentais que conduzem à emergência de uma POD e nos ajuda a conceptualizar, de forma clara, os diferentes fatores de risco e proteção envolvidos nessas trajetórias (Sameroff, 2009). Tendo por base os modelos ecológicos do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1986), abarca as diferentes variáveis (biológicas, familiares, contextuais) que poderão constituir fatores de risco para a emergência da POD e, paralelamente, tem em conta as



características inatas da criança (isto é, os fatores biológicos e temperamentais), o ambiente em que ela se desenvolve (características parentais e culturais) e a interação entre fatores inatos e ambientais (Sameroff, 2009) (cf. Figura 1).

Embora as características familiares não sejam a causa única dos comportamentos de oposição/desafio, a literatura tem destacado alguns aspectos familiares e parentais como fatores de risco para a emergência e manutenção da POD. Nesta linha, Webster-Stratton (2001), por exemplo, salienta que, muitas vezes, pais de crianças com maiores dificuldades ao nível da regulação emocional e comportamental respondem aos comportamentos disruptivos dos filhos com estratégias disciplinares mais rígidas e punitivas ou, pelo contrário, cedendo aos seus pedidos e solicitações (Gaspar, 2003). Qualquer um destes padrões aumenta a probabilidade de ocorrência de problemas de comportamento. Por outro lado, níveis elevados de stresse na família, aumentam também a probabilidade de utilização de estratégias educativas desadequadas e ineficazes.

O modelo desenvolvimental proposto por Patterson e colaboradores (1992) reforça também esta ideia, salientando que o comportamento antissocial de início precoce não é um indicador de características ou disposições do indivíduo, mas antes um reflexo de falhas nos processos de aprendizagem social que podem ter origem na falta de competências educativas por parte dos pais. Este modelo, que defende a existência de um ciclo coercivo nos padrões de interação pais-criança, através do qual o comportamento da criança modifica o comportamento dos pais de forma inadaptativa levando-os a utilizar estratégias disciplinares rígidas, negativas e inconsistentes, que acabam por reforçar e manter o comportamento da criança, salienta ainda que, ao estarem focalizados nos comportamentos negativos, os pais não reforçam e/ou ignoram os comportamentos pró-sociais dos seus filhos, levando à sua extinção e à ausência de treino destas competências (Patterson, 2002). Assim, estes ciclos de interação coerciva entre pais e filhos podem culminar na amplificação dos problemas de comportamento que emergem em idades precoces, levando a que estes se tornem mais graves e pervasivos ao longo do desenvolvimento da criança.



**Figura 1.** Modelo dos quatro fatores de risco para o comportamento positivo/desafiador da criança. Adaptado de R. A. Barkley (2013). *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

A importância que as interações familiares parecem ter, na complexa rede de fatores de risco para os problemas de comportamento, conduziu ao desenvolvimento de vários programas de intervenção parental direcionados para estas famílias. O grande objetivo destes programas é ajudar os pais a lidar com os problemas de comportamento dos seus filhos, explorando com eles estratégias positivas e não punitivas de gestão comportamental e ajudando-os a apoiar o desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança e a comunicarem de forma mais eficaz com a escola (Gaspar, 2003). Assim, e embora o objetivo último seja a modificação dos comportamentos sociais e emocionais da criança, ele é alcançado através da modificação dos comportamentos dos pais e das suas respostas emocionais.

O pressuposto fundamental que está na base destas intervenções centradas nos pais é, tal como já referimos anteriormente, o facto de os défices ao nível das competências parentais e as dificuldades na relação pais-filhos serem um importante fator de desenvolvimento e manutenção das perturbações de comportamento (Webster-Stratton, 2012). De facto, e de acordo com a

hipótese da suscetibilidade diferencial de Belsky (1997), as crianças com temperamentos mais difíceis estão mais suscetíveis à influência negativa das práticas parentais, sobretudo quanto ao risco de desenvolverem problemas externalizantes. A interação recíproca e transacional entre os comportamentos opositivos e os comportamentos dos pais (Sameroff & Chandler, 1975) contribui para o desenvolvimento de ciclos de interação coercivos entre pais e filhos, que acabam por manter e potencializar os problemas de comportamento da criança (Patterson et al., 1992). Para além disto, este foco no fortalecimento das relações pais filhos justifica-se, também, porque os comportamentos parentais, as emoções e as relações são mais fáceis de trabalhar e mais maleáveis do que alguns fatores de risco biológicos e ambientais (Webster-Stratton, 2012).

Na sua generalidade, como já referido, as intervenções parentais para crianças com problemas de comportamento baseiam-se nos princípios da aprendizagem social e do condicionamento operante e partilham o objetivo global de ajudar os pais a modificar e potenciar as suas competências e estratégias parentais, de forma a melhorar as interações com os filhos (Lavigne et al., 2008) e a lidar com os seus problemas de comportamento. No entanto, os diferentes programas de intervenção parental possuem também alguns aspetos distintivos, designadamente no que diz respeito à ênfase que colocam nas diferentes dimensões da parentalidade, aos métodos de aplicação, à duração do programa e idade-alvo das crianças e ao enfoque dado aos diferentes componentes cognitivos, afetivos, comportamentais, relacionais e de desenvolvimento da criança (Webster-Stratton, 2012)

A maioria destes programas é estruturada, podendo ser aplicados em formato individual ou em grupo de pais/cuidadores ou em conjugação com uma intervenção direta com a criança. Podem aplicar-se em diferentes contextos, clínicos, comunitários ou domiciliários e têm, normalmente, uma duração aproximada de 8 a 20 sessões (Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2003; Webster-Stratton & Reid, 2010).

Diferentes revisões têm demonstrado a eficácia dos programas de intervenção parental na modificação de práticas parentais disfuncionais e do comportamento das crianças (e.g., Kazdin & Weisz, 2010; Sandler et al., 2011). Sugerem também que estas intervenções devem ser utilizadas o mais precocemente possível, com base na constatação de que a aplicação de programas de intervenção parental em famílias com adolescentes com problemas de comportamento tem uma eficácia reduzida (e.g. Dishion & Piehler, 2007), uma vez que os comportamentos-problema já estão muito enraizados e já existem fatores de risco secundários, tais como o insucesso académico ou o envolvimento com grupos de pares desviantes.

Em seguida descrevemos, de forma breve, alguns dos principais programas para pais de crianças em idade pré-escolar com problemas de comportamento. Uma vez que não é objetivo deste trabalho fazer uma descrição exaustiva dos programas de intervenção parental,

descreveremos apenas os principais programas considerados como empiricamente validados para crianças em idade pré-escolar com problemas de comportamento, de acordo com os principais diretórios de registo de programas empiricamente validados (e.g. <http://www.blueprintsprograms.com/programResults.php>; <http://www.cebc4cw.org/>; <http://whatworks.uwex.edu/attachment/Directoryofeb>).

### **2.1.1. Triple P Positive Parenting Programme (Triple-P)**

Desenvolvido por Sanders (1999), o programa Triple-P tem sido alvo de inúmeras investigações no domínio dos problemas de comportamento (e.g. Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker, & Lutzker, 2009; Sanders et al., 2008). Trata-se de um programa de intervenção parental, multinível, baseado nas teorias da aprendizagem social, cujo principal objetivo é promover as competências parentais e reduzir as práticas parentais negativas, de modo a prevenir o mau-trato e os problemas comportamentais, sociais e emocionais da criança. Coloca a ênfase em cinco grandes princípios da parentalidade positiva: i. assegurar um ambiente seguro; ii. promover um ambiente de aprendizagem positivo; iii. utilizar a disciplina assertiva; iv. manter expectativas razoáveis; v. cuidar de si próprio enquanto pai/mãe (Sanders, 1999).

Pode ser aplicado em cinco níveis diferentes, de acordo com as necessidades, nível de risco e/ou preferência de cada família (Sanders & Markie-Dadds, 2003): (1) no nível 1 é oferecida à família informação sobre como lidar com alguns desafios desenvolvimentais e comportamentais normativos da criança; (2) no segundo nível é dada a mesma informação, mas acrescenta-se um “contacto mínimo” com um terapeuta, para ajudar na resolução de problemas de comportamento ligeiros; (3) no nível 3 é oferecido um programa terapêutico breve, que visa ajudar os pais a lidar com os problemas de comportamento dos filhos; (4) o nível 4 oferece um programa de intervenção parental intensivo, mais focalizado nas interações pais-filhos e em problemas de comportamento mais graves; (5) finalmente, o nível 5 dirige-se a famílias com crianças com problemas de comportamento graves e engloba um programa de intervenção parental intensivo, que se foca também na disfunção conjugal e familiar.

O programa dirige-se a pais de crianças entre os 0 e os 12 anos de idade (existe também uma versão para famílias de adolescentes entre os 12 e os 17 anos de idade – Teen Triple-P) e pode ser aplicado individualmente, em grupo, *on-line* ou autoaplicado. O número de sessões varia de acordo com o nível de aplicação. As principais metodologias utilizadas nas sessões são o modelamento e o *role-play*.

Vários estudos experimentais com este programa têm mostrado a sua eficácia na redução de problemas de comportamento de crianças em idade pré-escolar e na promoção das

competências parentais, quando comparado com lista de espera, mantendo-se os resultados um ano após a intervenção (e.,g. Bor, Sanders, & Markie-Dadds, 2002; Leung, Sanders, Leung, Mak, & Lau, 2003).

### **2.1.2 Parent Child Interaction Therapy (PCIT)**

A PCIT foi desenvolvida por Eyberg e colaboradores (1995) e é considerada uma intervenção com evidências científicas de eficácia para crianças com problemas de comportamento (Brestan & Eyberg, 1998). Tem como objetivo principal a redução das interações negativas entre pais e filhos em famílias com crianças em idade pré-escolar com problemas de comportamento. Baseando-se nas teorias da vinculação e da aprendizagem social, foca-se na promoção da vinculação segura entre pais e filhos e na promoção de comportamentos pró-sociais na criança, ao mesmo tempo que visa a redução dos comportamentos negativos da mesma (Neary & Eyberg, 2002).

De acordo com este modelo, a intervenção decorre em dois tempos: num primeiro momento de intervenção, dirigido para a interação com a criança (*Child-Directed Interaction*), o terapeuta trabalha com os pais estratégias para promover interações positivas com as crianças, designadamente, o elogio, os comentários descritivos, o brincar, as críticas e as ordens. Num segundo momento, *Parent-Directed Interaction*, os pais aplicam, na interação com a criança, as estratégias trabalhadas no primeiro momento e trabalham estratégias dirigidas para a promoção de comportamentos positivos. A aplicação das estratégias é feita individualmente, em sessões semanais com os pais e a criança, com a duração de uma hora, durante as quais o terapeuta orienta os pais na aplicação das mesmas.

O programa pode durar de 10 a 20 sessões ou até os pais aplicarem eficazmente as estratégias aprendidas e o comportamento da criança estar dentro dos limites da normalidade (Neary & Eyberg, 2002).

Diferentes estudos experimentais, com famílias de pré-escolares com problemas de comportamento alvo de intervenção com a PCIT, revelaram uma diminuição significativa, a curto e médio-prazo, nos problemas de comportamento da criança e uma melhoria significativa nas interações pais-filhos, quando comparadas com famílias do grupo de controlo (Brestan & Eyberg, 1998; Querido & Eyberg, 2005). Mais especificamente, os pais utilizam práticas parentais mais positivas, estão mais disponíveis para ouvir e interagir com os filhos e utilizam menos castigos corporais para controlar o comportamento dos filhos (Chaffin et al., 2004).

Também a revisão da literatura realizada por Gallagher (2003), incluindo 17 estudos com 628 crianças em idade pré-escolar sinalizadas com problemas de comportamento, revelou que

nas famílias a quem este programa foi aplicado houve uma melhoria considerável nos problemas de comportamento das crianças, nomeadamente ao nível do decréscimo de problemas reportados por pais e educadores, na redução de comportamentos observados de choro e na diminuição da percentagem de crianças que preenchiem critérios para Perturbação Disruptiva do Comportamento.

### **2.1.3. Oregon Model of Parent Management Training (PMTO)**

O programa de treino parental PMTO engloba um conjunto de intervenções parentais, desenvolvidas ao longo dos últimos 40 anos, cuja base teórica assenta no modelo teórico e na investigação realizada por Patterson e colaboradores no *Oregon Social Learning Center*, bem como nos princípios do modelo ecológico e transacional (Dishion & Patterson, 2006). O modelo de aprendizagem da interação social (*social interaction learning model*) de Patterson e colaboradores assenta na ideia que o comportamento das crianças é diretamente afetado pelas práticas dos pais e, ao longo do tempo, pais e crianças entram em padrões transacionais que em algumas famílias tornam-se coercivos (Reid, Patterson, & Snyder, 2002). O padrão coercivo de relações familiares inicia-se quando o comportamento disruptivo da criança é reforçado pelas práticas dos pais e um dos principais objetivos deste programa é quebrar este ciclo de interações entre pais e filhos. Paralelamente, e uma vez que em muitas famílias com crianças com problemas de comportamento os pais centram-se apenas nos comportamentos negativos da criança, não reforçando (ou reforçando pouco) os seus comportamentos pró-sociais, é também objetivo deste programa ajudar os pais a envolverem-se de forma mais positiva com os filhos e a aplicarem de forma consistente estratégias mais positivas.

O PMTO decorre ao longo de 13 sessões, cada uma delas com um guião detalhado onde são descritos os conteúdos da sessão, os diferentes procedimentos a aplicar e os exercícios de *role-play* e modelamento (Wachlarowicz, Snyder, Low, Forgatch, & DeGarmo, 2012). Os pais levam trabalhos para casa, folhetos com o resumo das principais ideias da sessão e outros materiais que os ajudam a colocar em prática os conteúdos de cada sessão. À semelhança de outros programas de treino parental, o PMTO trabalha cinco competências parentais centrais: (1) encorajamento de competências; (2) disciplina; (3) monitorização; (4) resolução de problemas; e (5) envolvimento positivo; podendo ser utilizado enquanto programa de prevenção ou como programa de intervenção para famílias com crianças com problemas de comportamento.

A sua aplicação pode ser feita com diferentes tipos de famílias, designadamente, famílias monoparentais, famílias “recasadas”, famílias nas quais os principais cuidadores são os avós ou

famílias de acolhimento (Wachlarowicz et al., 2012). Pode ser aplicado num formato individual ou grupal ou ainda através da autoaplicação utilizando manuais ou materiais áudio.

Este programa tem sido aplicado com bons resultados em amostras clínicas e de prevenção. Um dos primeiros estudos clínicos experimentais com o PMTO utilizou uma amostra de 19 rapazes e raparigas, referenciados por comportamentos agressivos, tendo sido reportada uma redução de 63% nos resultados de comportamentos desviantes no grupo de tratamento, comparativamente com 17% de redução no grupo de controlo (Patterson, Chamberlain, & Reid, 1982). Num estudo experimental de prevenção mais recente (Martinez & Forgatch, 2001), os resultados revelaram que as mães que participaram no programa eram capazes de prevenir o aumento de comportamentos de desobediência nos seus filhos, quando comparadas com as mães do grupo de controlo. Para além disto, nas crianças do grupo de intervenção houve um aumento no rendimento escolar, um decréscimo nos problemas externalizantes e internalizantes e nos comportamentos de delinquência (avaliados em *follow-ups* 3 e 9 anos depois), quando comparadas com as crianças do grupo de controlo (Forgatch & DeGarmo, 2002; Forgatch, Patterson, DeGarmo, & Beldavs, 2007).

#### **2.1.4. Helping the Noncompliant Child**

O Helping the Noncompliant Child trata-se de um programa de intervenção parental, de aplicação individual, que tem como principal objetivo ajudar os pais a obterem uma maior colaboração dos filhos relativamente ao cumprimento de ordens, bem como reduzir os problemas de comportamento e a prevenir futuros comportamentos delinquentes (Forehand & McMahon, 1981). Desenhado para pais de crianças entre os 3 e os 8 anos de idade, baseia-se no pressuposto de que a desobediência dos filhos e os consequentes padrões de interação negativos entre pais e filhos são os principais fatores que estão na origem do desenvolvimento dos problemas de comportamento. Assim, visa: i. melhorar as competências parentais; ii. quebrar o ciclo de interação coerciva pais-filhos; iii. estabelecer padrões de interação pró-sociais; iv. aumentar os comportamentos pró-sociais das crianças; v. diminuir os problemas de comportamento das crianças. (Forehand & McMahon, 1981).

Nas sessões estão presentes os pais e a criança e o técnico/terapeuta trabalha com os pais diferentes estratégias para aumentar a obediência das crianças utilizando como metodologias privilegiadas o modelamento e os *role-plays*, bem como a prática das estratégias com a criança, na sessão. As sessões decorrem com uma periodicidade semanal ou bi-semanal, ao longo de 8 a 10 semanas (um mínimo de 5 e um máximo de 14 sessões), durante 60 a 90 minutos.

O programa divide-se em duas fases distintas: na primeira fase, da “atenção diferencial”, os pais aprendem a aumentar a frequência e o leque de comportamentos de atenção positiva que dão à criança, reduzindo as verbalizações negativas. O principal objetivo desta fase é quebrar o ciclo coercivo, estabelecendo uma relação positiva e mutuamente reforçadora entre pais e criança. Na fase seguinte, do “treino de obediência”, os pais aprendem a dar ordens de forma clara e concreta, a darem tempo à criança para cumprir as ordens e a responderem, com atenção positiva, quando a crianças cumpre as ordens ou com estratégias como o tempo de pausa, quando a criança desobedece. Os pais aprendem ainda a aplicar estas estratégias em locais públicos.

A investigação com este programa tem mostrado que ele é eficaz a curto e a longo-prazos tanto ao nível do comportamento da criança, como ao nível do comportamento/atitude dos pais com a criança. Paralelamente, mostra também eficácia na redução da sintomatologia depressiva nas mães (Griest et al., 1982; Peed, Roberts, & Forehand, 1977).

### **2.1.5. Incredible Years Programmes (Anos Incríveis; AI)**

A série de programas Anos Incríveis (AI) foi desenvolvida por Webster-Stratton (2001) e constitui uma intervenção multimodal que engloba programas para pais, educadores/professores e para a criança. Tendo como principais objetivos promover as interações positivas entre pais e filhos (os programas parentais) e o ajustamento sócioemocional da criança, utilizam uma abordagem colaborativa e recorrem a uma metodologia baseada no modelamento por vídeo e nos *role-plays* (Webster-Stratton, 2012). Ao contrário dos programas descritos anteriormente, tem um carácter mais sistémico, na medida em que permite uma intervenção em diferentes contextos (jardim de infância/escola, casa).

Este programa será descrito de forma mais detalhada mais à frente neste capítulo, uma vez que se trata do programa selecionado para a presente investigação.

Concluindo, intervir o mais precocemente possível com crianças que revelam problemas de comportamento parece ser crucial para a prevenção de percursos desenvolvimentais desviantes. De facto, a investigação tem mostrado que crianças com história precoce de problemas de comportamento apresentam uma vulnerabilidade acrescida para virem a revelar comportamentos de risco na adolescência e idade adulta, designadamente, consumo de substâncias, problemas psiquiátricos, conflitos conjugais, fraco desempenho académico e profissional e comportamentos antissociais (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Loeber & Farrington, 2001; Shaw, Lacourse, & Naguin, 2005). Paralelamente, a investigação sugere também que os melhores preditores do comportamento antissocial infantil e juvenil são as características individuais e



familiares (Wasserman & Seracini, 2001). Assim, o início, o mais precocemente possível, de programas de prevenção do comportamento antissocial, com o objetivo de promover os fatores protetores e reduzir os fatores de risco, assume-se como imperativo no trabalho com estas crianças, ajudando-as, não só a potencializar o seu processo desenvolvimental, como também a melhorar a sua qualidade de vida (e das suas famílias) e a prevenir o desenvolvimento de uma Perturbação de Comportamento mais tarde (AACAP, 2007; Reid, Webster-Stratton, & Hammond, 2007). Dado que a investigação tem vindo a reconhecer a importância das práticas parentais na emergência e desenvolvimento dos problemas de comportamento infantis e o papel dos ciclos de interação coerciva entre pais e filhos na manutenção dos mesmos (Patterson, 2002), bem como tem vindo a constatar-se que as crianças com problemas de comportamento podem ultrapassá-los num contexto familiar positivo e ajustado, que funcione como modelo positivo e permita aos pais a aplicação de estratégias parentais mais positivas (Campbell et. al, 2000; McMahan, 2006), os programas de intervenção parental constituem-se como uma importante ferramenta de intervenção com famílias de crianças em idade pré-escolar, ajudando-as a prevenir trajetórias desenvolvimentais desviantes e a promover o sucesso escolar e o ajustamento socioemocional das crianças.

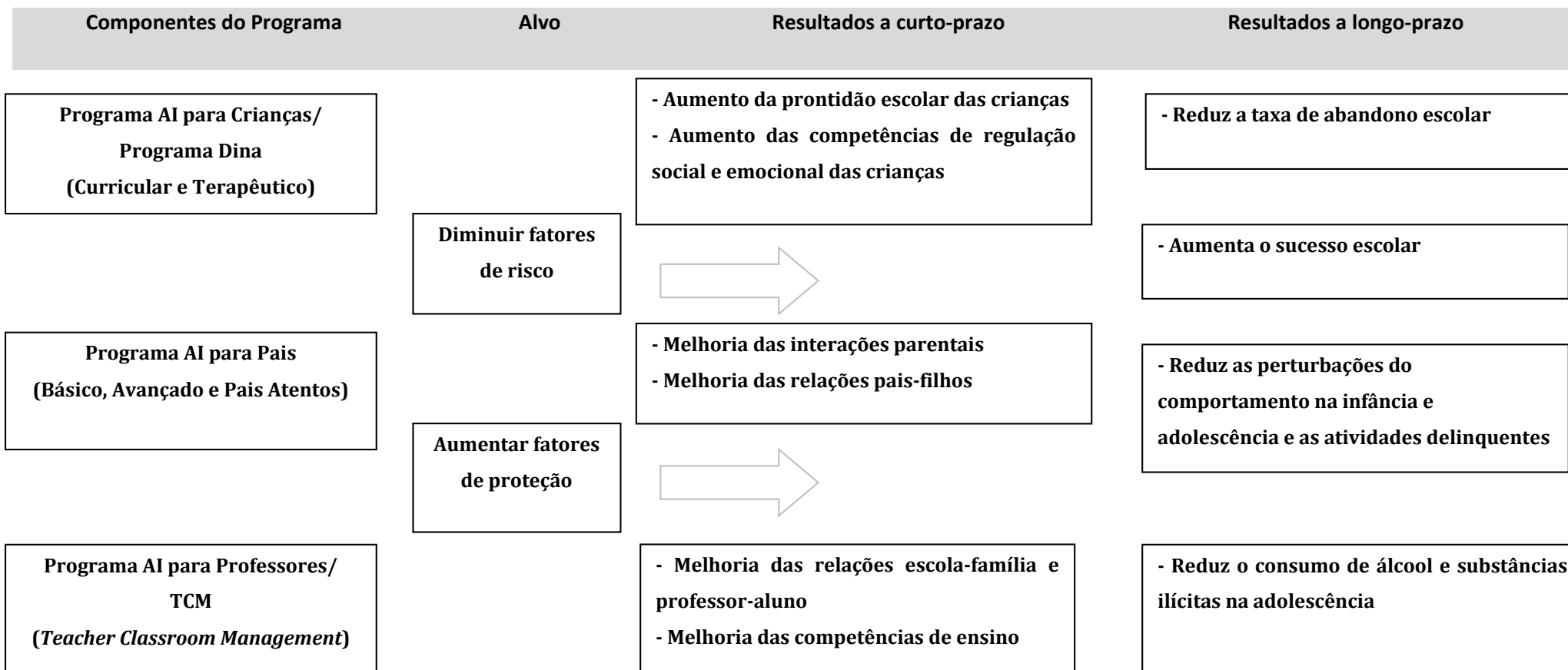
## **2.2 O Programa Básico para Pais Anos Incríveis (AI-Básico)**

### **2.2.1 Descrição breve do programa: Objetivos e conteúdos**

O programa Básico para Pais Anos Incríveis (AI-Básico), faz parte de uma série de programas (cf. Figura 2) que têm como principais destinatários os pais, os educadores/professores e as crianças (Incredible Years® Training Series, [www.incredibleyears.com](http://www.incredibleyears.com)). Trata-se de um conjunto de programas baseados numa abordagem compreensiva, multimodal e baseada em evidência (Webster-Stratton, 2011), desenvolvidos por Carolyn Webster-Stratton, em Seattle nos EUA (Webster-Stratton, 1981). Estes programas, cuja elaboração começou há mais de 30 anos, foram inicialmente desenhados com o objetivo de prevenir e intervir nos múltiplos fatores de risco envolvidos no início precoce dos problemas de comportamento em diferentes contextos, visando paralelamente aumentar os fatores protetores. Desde então têm vindo a ser alvo de diferentes revisões (Webster-Stratton, 2011) sendo, atualmente, reconhecidos como programas baseados em evidência para a prevenção e tratamento dos problemas de comportamento e agressividade nas crianças e jovens dos 0 aos 12 anos de idade (Webster-Stratton, 2011; Webster-Stratton & Hammond, 1997; Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2001, 2004).

Inicialmente desenvolvido para pais de crianças entre os 2 e os 8 anos de idade, o programa AI-Básico foi revisto em 2008 (Webster-Stratton & Reid, 2010) e dessa revisão resultou a sua segmentação em quatro programas direcionados para diferentes faixas etárias: o programa para bebés (0-1 ano); o programa para *toddlers* (1-3 anos); o programa para pré-escolares (3-6 anos); e o programa para crianças em idade escolar (6-12 anos).

Para além do programa Básico, os programas para pais incluem ainda um programa Avançado (*Advanced Program*) focado em fatores interpessoais dos pais (tais como a depressão, o conflito conjugal, a comunicação, o autocontrolo e o stresse, a capacidade de resolver problemas e de ter suporte) e um programa de Prontidão Escolar (*School Readiness Program*) focado nas competências de pré-literacia, linguagem e de regulação sócioemocional das crianças. Recentemente, a autora desenvolveu ainda uma versão breve do programa para aplicação universal, “Pais Atentos” (*Attentive Parenting Training*), cujo objetivo principal é a promoção de competências sócioemocionais e académicas da criança.



**Figura 2.** A série de Programas Anos Incríveis

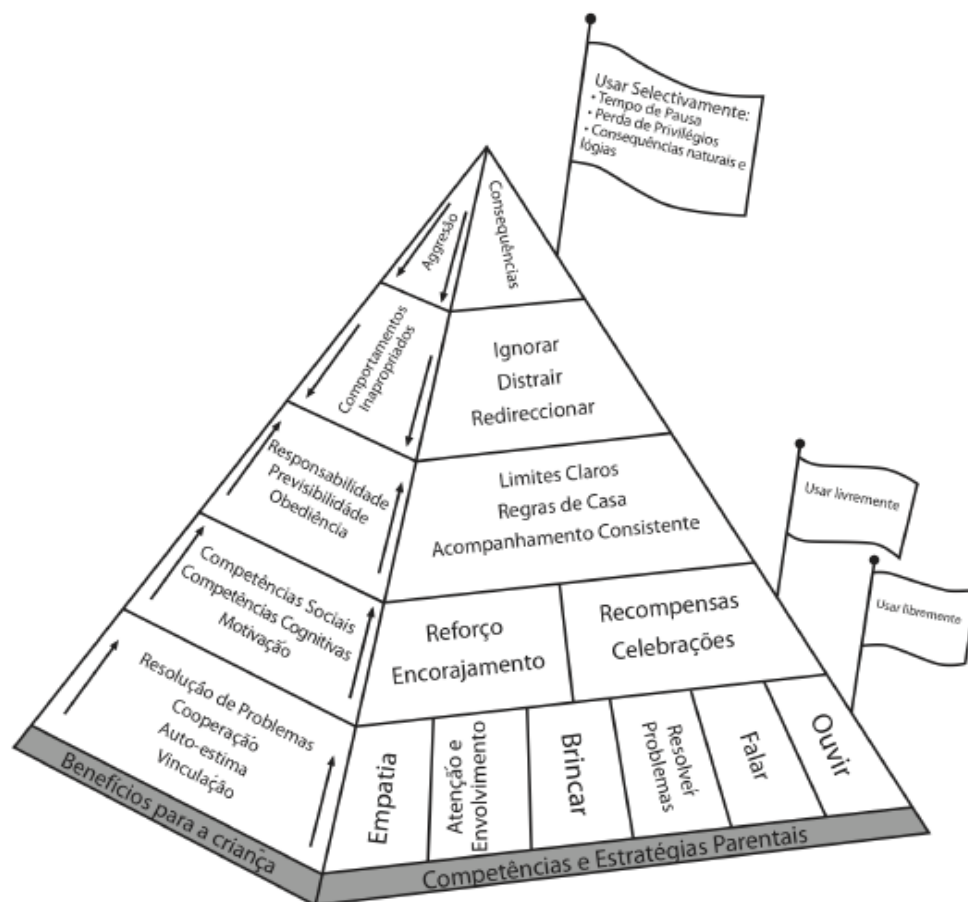
De acordo com a sua autora (Webster-Stratton, 2011), os principais referenciais teóricos deste conjunto de programas são: (a) os modelos cognitivos e comportamentais da aprendizagem social, da autoeficácia e do modelamento de Bandura; (b) o modelo coercivo de Patterson e, mais especificamente, a hipótese do reforço negativo dos comportamentos da criança ser um importante fator de desenvolvimento e manutenção dos problemas de comportamento; (c) a teoria dos estádios do desenvolvimento cognitivo de Piaget; (d) os modelos de estabelecimento de relações próximas e de vinculação de Ainsworth e Bowlby.

Os objetivos gerais do AI-Básico são a promoção e incremento das competências parentais, designadamente através da promoção do uso de estratégias disciplinares não violentas; o fortalecimento das famílias e o aumento da sua compreensão acerca de diferentes aspetos do desenvolvimento infantil e características temperamentais da criança; a promoção de redes de suporte social e do envolvimento família-escola; a promoção de competências sociais na criança e, finalmente, a redução dos problemas de comportamento da criança (Webster-Stratton & Reid, 2012; Webster-Stratton & Reid, 2010). A longo-prazo, o programa tem como grande objetivo a prevenção dos problemas de comportamento, da violência, delinquência e consumo de substâncias ilícitas (Webster-Stratton & Reid, 2010).

A filosofia dos AI-Básico tem por base um modelo piramidal (cf. Figura 3): partindo da premissa que as estratégias do topo da pirâmide só funcionarão bem se existir uma base sólida, ou seja, se as estratégias da base da pirâmide estiverem presentes e forem aplicadas de forma consistente, o programa segue uma sequência bem definida. Assim, o treino com os pais inicia-se com os conteúdos que estão na base da pirâmide, cujo foco é o Brincar. São exploradas com os pais questões relacionadas com o Brincar e a sua importância e discutidas estratégias para potenciar o Brincar, enquanto forma de aumentar o vínculo entre pais e filhos e fortalecer a sua relação. Para além disto, é também abordada a importância do Brincar para o desenvolvimento das competências académicas, sociais, emocionais e de persistência da criança e incentivada a prática diária desta estratégia entre pais e filhos. Posteriormente, subindo para um novo nível da pirâmide, são trabalhadas com os pais estratégias de elogio e de reforço positivo eficazes, bem como a aplicação de recompensas concretas e inesperadas consoante as características específicas de cada criança. Os pais são incentivados a estabelecerem planos de recompensas para aumentar os comportamentos selecionados.

Assim, a primeira metade do programa, que acabámos de descrever, é dirigida ao aumento dos comportamentos positivos da criança, sendo os pais encorajados a usar livremente as estratégias da base da pirâmide. A segunda metade do programa é constituída por estratégias que, usadas de forma seletiva, visam a redução e a extinção dos comportamentos negativos da criança. Nos patamares intermédios da pirâmide são trabalhados conteúdos relacionados com o

estabelecimento eficaz de limites, como o estabelecimento de regras de casa claras, rotinas previsíveis e ordens específicas e em número reduzido. Finalmente, as sessões do topo da pirâmide correspondem à exploração com os pais de estratégias de disciplina não violentas para lidar com os comportamentos negativos como ignorar, distrair, redirecionar, tempo de pausa, como forma de a criança se acalmar, e consequências lógicas e naturais. Nestas sessões, os pais aprendem ainda a identificar os seus pensamentos automáticos negativos e a desenvolver estratégias cognitivas e comportamentais (e.g., estratégias de relaxamento) para desafiar os seus pensamentos disfuncionais e para lidar com sentimentos de stresse e raiva (Webster-Stratton, 2001; Webster-Stratton & Reid, 2010). Na última sessão são ainda discutidas estratégias proactivas para ajudar a criança a resolver problemas.



**Figura 3.** Pirâmide do Programa Parental™ (Webster-Stratton, 2001; <http://incredibleyears.com/resources/gl/parent-program>)

No Quadro 1 encontram-se descritos os principais objetivos, conteúdos e competências parentais desenvolvidos ao longo da intervenção.

Conteúdo	Objetivos	Conteúdo	Objetivos
<b>Programa 1: Promover as Competências Sociais, a Regulação Emocional e Prontidão Escolar das Crianças</b>			
<b>Parte 1: Brincadeira comandada pela criança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Reconhecer as capacidades e as necessidades específicas da criança</li> <li>. Ajustar-se ao temperamento e nível de atividade da criança</li> <li>. Promover a autoestima e o autoconceito da criança</li> <li>. Identificar os principais marcos do desenvolvimento</li> <li>. Evitar a “armadilha da crítica”</li> <li>. Compreender a importância da <i>Atenção</i> para a promoção dos comportamentos positivos na criança</li> <li>. Construir uma relação positiva e segura através do brincar e de um tempo para brincar</li> </ul>	<b>Parte 2: Treino Acadêmico e de Persistência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Promover o desenvolvimento da linguagem e aumentar a auto-confiança e capacidade de tolerância à frustração da crianças através dos comentários descritivos</li> <li>. Aumentar a prontidão escolar da criança através do treino acadêmico</li> <li>. Promover a capacidade da criança para estar calma e focada numa atividade pelo treino da persistência</li> <li>. Aprender como treinar as competências de leitura em pré-escolares</li> <li>. Aplicar o “princípio do modelamento”: os pais aprendem a evitar o uso de críticas e perguntas, substituindo-as por afirmações positivas e modelam formas positivas de comunicar com a criança</li> <li>. Fomentar a compreensão da necessidade de autonomia da criança enquanto tarefa desenvolvimental</li> </ul>
<b>Parte 3: Treino Social e Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Utilizar o treino emocional para promover a literacia emocional da criança</li> <li>. Combinar o treino de persistência com o treino emocional para promover as capacidades de autorregulação da criança</li> <li>. Aprender como incentivar e modelar a linguagem emocional</li> <li>. Aplicar o treino social, de um para um, para ajudar a promover as competências sociais das crianças (e.g., partilhar, esperar pela sua vez)</li> <li>. Aprender a envolver-se nos jogos de fantasia, como forma de promover as competências sociais</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Compreender como podem treinar várias crianças ao mesmo tempo para interações entre pares positivas</li> <li>. Compreender como modelar, incentivar e elogiar competências sociais</li> <li>. Compreender as diferentes etapas desenvolvimentais do Brincar</li> <li>. Aprender como aplicar os princípios do <i>coaching</i> noutros contextos (e.g, no supermercado, às refeições)</li> </ul>		
<b>Programa 2: Usar Elogios e Recompensas para Promover o Comportamento Colaborativo</b>			
<b>Parte 1: O Elogio e o Encorajamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Elogiar de forma específica</li> <li>. Compreender o “Princípio do dar e receber”</li> <li>. Modelar o autoelogio na criança</li> <li>. Lidar com a resistência da criança e do adulto ao elogio</li> <li>. Promover o discurso interno positivo</li> <li>. Utilizar frases específicas de encorajamento</li> <li>. Dar e receber suporte através do elogio</li> <li>. Evitar elogiar apenas a perfeição</li> <li>. Reconhecer os comportamentos que necessitam de ser elogiados</li> <li>. Construir a autoestima da criança através do elogio e encorajamento</li> <li>. Compreender os conceitos de “elogio proximal” e “atenção diferencial”</li> </ul>	<b>Parte 2 : Motivar as Crianças através de Incentivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Compreender o valor das recompensas espontâneas e das celebrações</li> <li>. Compreender a diferença entre recompensa e suborno</li> <li>. Saber quando usar a regra “se...então...”</li> <li>. Compreender como “modelar” comportamentos</li> <li>. Arranjar formas para implementar um sistema de recompensas e autocolantes</li> <li>. Conceber programas apropriados às características desenvolvimentais da criança</li> <li>. Utilizar recompensas para reduzir ou eliminar problemas (e.g., não se vestir, não partilhar, brigas com os irmãos)</li> <li>. Reconhecer a importância de se autoelogiar e de elogiar os outros</li> </ul>
<b>Programa 3: Estabelecimento Eficaz de Limites</b>			
<b>Parte 1: Regras, Responsabilidade e Rotinas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Reconhecer a importância das rotinas e das regras claras e previsíveis</li> <li>. Compreender que rotinas claras e previsíveis aumentam os sentimentos de segurança e reduzem os maus comportamentos da criança</li> </ul>	<b>Parte 2: Estabelecimento Eficaz de limites</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Identificar regras domésticas importantes</li> <li>. Dar ordens de forma eficaz</li> <li>. Evitar utilizar ordens desnecessárias, vagas e negativas</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Estabelecer rotinas claras e previsíveis para comportamentos como separação adulto-criança; rotina de dormir; rotina de acordar</li> <li>. Ajudar a criança a começar a ter responsabilidades familiares</li> <li>. Ajudar a criança a compreender regras relativas às tarefas domésticas</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Oferecer à criança alternativas positivas. Reconhecer a importância dos avisos, lembretes e do redirecionar</li> <li>. Dar à criança um tempo de transição, sempre que possível</li> <li>. Compreender o Princípio da “Boa Educação”</li> <li>. Elogiar a obediência da criança às ordens</li> </ul>
<b>Programa 4: Lidar com o Mau Comportamento</b>			
<b>Parte 1: Estabelecer Limites e Cumpri-los</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Compreender quando é oportuno distrair e usar o ignorar</li> <li>. Compreender a importância de ser consistente e de ir até ao fim com as ordens</li> <li>. Manter o autocontrolo e usar estratégias para acalmar</li> <li>. Compreender que testar os limites dos pais é um comportamento normativo</li> <li>. Usar a estratégia de ignorar de forma consistente e evitar discussões e “jogos dos porquês” sobre os limites</li> </ul>	<b>Parte 2: Evitar e Ignorar o Mau Comportamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Ignorar de forma efetiva</li> <li>. Compreender o conceito de “atenção seletiva” e o “princípio da atenção”</li> <li>. Perceber que o comportamento negativo é um sinal que a criança necessita de novas oportunidades para aprender (repetição)</li> <li>. Identificar comportamentos apropriados para ignorar</li> <li>. Continuar a recheiar a “conta bancária a prazo” com brincadeiras, <i>coaching</i>, elogios e incentivos</li> <li>- Praticar o autocontrolo e estratégias para se acalmar</li> </ul>
<b>Parte 3: Tempo de Pausa para acalmar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Utilizar o tempo de pausa como uma estratégia para a criança se acalmar</li> <li>. Explicar o tempo de pausa à criança</li> <li>. Usar o tempo de pausa de forma respeitosa e de forma seletiva para comportamentos destrutivos ou para oposição severa</li> <li>. Saber lidar com a criança que resiste ao tempo de pausa</li> <li>. Ajudar a criança vítima de agressão</li> <li>. Continuar a promover os comportamentos pró-sociais (os comportamentos positivos opostos)</li> </ul>	<b>Parte 4: Outras Consequências</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar consequências lógicas e naturais adequadas ao desenvolvimento da criança</li> <li>. Compreender a importância das consequências breves e imediatas</li> <li>. Evitar lutas de poder que reforçam o mau comportamento</li> <li>. Determinar as consequências lógicas e naturais apropriadas</li> </ul>



	. Praticar o discurso interno positivo dos pais e estratégias para lidar com a irritação		
<b>Parte 5: Ensinar as Crianças a Resolver Problemas através de Histórias e Jogos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Usar livros de histórias e jogos para ajudar a criança a resolver problemas</li> <li>. Apreciar a natureza desenvolvimental da capacidade de resolução de problemas da criança</li> <li>. Reforçar a capacidade empática emergente da criança ou a sua capacidade de compreender os problemas do ponto de vista da outra pessoa</li> <li>. Reconhecer porque é que a criança agressiva ou tímida precisa de aprender competências de resolução de problemas</li> <li>. Ajudar a criança a pensar nas consequências emocionais e comportamentais das suas soluções</li> <li>. Escutar a criança e validar os seus sentimentos</li> <li>. Modelar a resolução de problemas</li> </ul>		

**Quadro 1.** Objetivos, conteúdos e competências parentais do Programa AI-Básico para Pais; Adaptado de Webster-Stratton, 2011

### 2.2.2. Métodos e processos utilizados

Na versão anterior a 2008 (que serviu de base aos estudos empíricos que em seguida apresentaremos), o programa AI utilizava uma versão reduzida de 12 a 14 sessões semanais (com uma duração aproximada de 2 horas). Posteriormente, após a revisão feita pela autora em 2008 (na sequência de estudos que indicavam uma relação positiva entre o número de sessões do programa e os resultados da intervenção, revelando efeitos maiores quando as mães frequentavam entre 18 a 20 sessões, comparativamente com programas de 8 a 10 sessões) (Webster-Stratton, 2009), o novo programa passou a ser aplicado ao longo de 18 a 20 sessões semanais (com uma duração aproximada de 2 horas). Pode ainda ser utilizada uma versão reduzida de 14 a 16 sessões, como programa de prevenção em populações de baixo risco (Webster-Stratton, 2011).

O programa pode ser implementado quer em contextos comunitários, tais como jardins-de-infância, centros comunitários, associações, universidades; quer em contextos clínicos, tais como hospitais e clínicas pediátricas, unidades de saúde mental ou centros clínicos privados (Webster-Stratton, 2011). É habitualmente aplicado em grupo e as sessões são lideradas/dinamizadas por dois facilitadores com formação certificada no programa (Webster-Stratton & Reid, 2010). O facto de ser aplicado em grupo acrescenta-lhe algumas vantagens (designadamente relativamente a outros programas de intervenção parental) que elencamos em seguida: i. facilitar a discussão entre os participantes; ii. promover a aprendizagem colaborativa e o suporte emocional; iii. permitir aos participantes receberem *feedback* imediato acerca das estratégias que aplicam e/ou questões que colocam, não só do dinamizador, mas também dos restantes elementos do grupo (Webster-Stratton, Gaspar, & Seabra-Santos, 2012); iv. quando comparado com intervenções aplicadas individualmente, revela-se mais eficaz em termos de tempo, número de pessoas alvo e custos, ou seja, permite com um menor número de sessões, alcançar um maior número de famílias, com um custo financeiro mais reduzido (Webster-Stratton & Reid, 2010); v. diminui o isolamento e a estigmatização característicos de muitas famílias com crianças com problemas de comportamento, na medida em que o grupo ajuda a normalizar os problemas, compreendendo os pais que não são os únicos a ter essa dificuldade (Menting, Orobio de Castro, & Matthys, 2013; Webster-Stratton, 2012); vi. aumenta a compreensão dos pais sobre o que é normal e expectável em termos desenvolvimentais e a aceitação das características temperamentais das crianças (Webster-Stratton, 2011).

Com o objetivo de ajudar os pais a desenvolverem as suas competências parentais, os líderes de grupo utilizam diferentes métodos (Webster-Stratton & Herbert, 1994; Webster-Stratton & Hancock, 1998), que passamos a descrever:

1) *Modelamento por vídeo*: de acordo com os princípios da aprendizagem social e de modelamento de Bandura (1977), o modelamento por vídeo é fundamental ao longo das sessões. Assim, o programa básico AI utiliza vídeos de interações entre pais e filhos de diferentes contextos culturais e socioeconômicos, representando situações do dia-a-dia das famílias (cerca de 300 cenas com a duração de 1 a 3 minutos cada). Nestas cenas, os pais utilizam estratégias parentais mais e menos eficazes e as crianças têm idades e características temperamentais diferentes (Webster-Stratton, 2011). As cenas não representam estilos parentais corretos ou incorretos, tendo antes como objetivo principal promover a identificação dos pais com algumas das situações visionadas e atuar como estímulo ativador para a partilha e discussão no grupo acerca dos principais conteúdos e estratégias abordados nessa sessão. Para além disto, o visionamento destas cenas tem também como objetivo motivar os pais para a prática de novas competências (Webster-Stratton & Reid, 2010), uma vez que os pais aprendem através das experiências e tentativas de outros a ultrapassar dificuldades semelhantes.

2) *Dramatizações (Role-Play) e Exercícios Práticos*: durante as sessões são criadas diferentes situações, alusivas aos conteúdos explorados nessa sessão, que permitem aos pais treinarem em grande ou pequeno grupo as principais competências trabalhadas nessa sessão. Estas dramatizações e exercícios com caráter prático permitem aos pais anteciparem algumas dificuldades que poderão vir a sentir, em casa, na aplicação de uma determinada técnica ou estratégia. Para além deste treino na sessão, estas competências podem também ser trabalhadas entre sessões através das tarefas aconselhadas para realizarem em casa.

3) *Atividades para Casa*: têm como objetivo incentivar os pais a estabelecerem objetivos, promover a reflexão sobre os tópicos abordados na sessão e ajudá-los a generalizar os conteúdos e técnicas da sessão para o “mundo real”. Ao longo do programa os pais recebem os vários capítulos do livro dos AI (*Os Anos Incríveis: Guia de resolução de problemas para pais de crianças dos 2 aos 8 anos de idade*; Webster-Stratton, 2010/2005), sendo a leitura dos diferentes capítulos umas das atividades a realizar em casa, entre sessões (Webster-Stratton, 2010). Para além desta leitura, os pais são encorajados a desenvolver as suas competências de observação dos comportamentos-alvo (aqueles que querem ver aumentados ou diminuídos) e a anotá-los em registos de auto-monitorização entregues pelos líderes no final da sessão. O principal objetivo destes registos é ajudar os pais a prestar atenção aos seus próprios comportamentos parentais e às interações com os seus filhos em contexto familiar, registando os resultados das situações em que praticam novas soluções. No início da sessão seguinte, o líder começa sempre por pedir aos pais que partilhem a sua experiência com os trabalhos de casa dessa semana. Desta forma, o líder pode aferir possíveis dificuldades que tenham surgido durante a semana e trabalhá-las com os pais. Os registos de auto-monitorização preenchidos pelos pais são sempre vistos e comentados

pelos líderes do grupo, que dão *feedback* aos pais sobre as atividades realizadas, proporcionando-lhes assim novas oportunidades de aprendizagem.

4) *Avaliação Semanal*: no final de cada sessão os participantes preenchem uma ficha de avaliação semanal, que permite aos líderes terem um *feedback* imediato acerca do impacto que aquela sessão teve em cada pai e quais as estratégias que lhe foram mais úteis (e.g., discussão no grupo; *role-play*, vídeos). Sempre que um dos elementos do grupo falta a uma sessão, é-lhe dada a possibilidade de, na sessão seguinte, vir algum tempo antes e, com a presença dos líderes, ser-lhe feito um resumo dos principais conteúdos abordados na sessão anterior (*make up session*). Por último, e ainda no final de cada sessão, os participantes preenchem as suas capas pessoais dos objetivos, definindo o objetivo para a semana seguinte e avaliando os da semana anterior. Entre sessões, os líderes comentam também estes registos feitos nas capas, elogiando de forma específica as conquistas e esforços dos pais (cf. Anexo B).

As sessões têm por base o modelo colaborativo, por oposição a um modelo em que o líder assume o papel de perito (Webster-Stratton & Herbert, 1994). Assim, pais e dinamizadores colaboram, enquanto elementos de uma mesma equipa, no desenvolvimento de novas soluções e os pais são considerados intervenientes ativos na mudança em todas as etapas do grupo, salientando-se, desde o primeiro momento, a importância do estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança, abertura, aceitação e não-julgamento (Webster-Stratton, 2012). Esta abordagem colaborativa, para além de contribuir para o envolvimento ativo dos pais na mudança, reduzindo a sua resistência, visa ainda capacitá-los, fortalecer a sua autoestima e autoeficácia e ajudá-los a sentirem-se confiantes que conseguirão resolver novos desafios que surjam quando o grupo já não existir formalmente (Webster-Stratton & Reid, 2012).

Finalmente, importa ainda salientar outras características distintivas dos AI-Básico, que contribuem de forma decisiva para a promoção da relação positiva que se estabelece entre os líderes/dinamizadores e os pais e para o envolvimento dos pais no seu projeto de mudança: (a) os contactos telefónicos semanais entre o facilitador e os participantes do grupo (e.g., para monitorizar dificuldades nas atividades de casa e na prática de novas estratégias no contexto familiar) desde a primeira sessão; (b) os contactos telefónicos semanais, a partir da terceira sessão do programa, entre os participantes do grupo (os líderes distribuem os parceiros para estes *buddy calls*, que vão alternando ao longo das sessões); (c) a realização de sessões de *make-up*, disponibilizadas aos pais quando estes faltam a uma sessão. Trata-se de um tempo extra que é disponibilizado aos pais para reverem a sessão perdida. Paralelamente, imediatamente após a sessão a que faltam, os materiais dessa sessão são-lhes enviados via e-mail ou CTT (Webster-Stratton, 2001); (d) a utilização de estratégias para reduzir os obstáculos à participação dos pais nas sessões (sobretudo para famílias de risco elevado), designadamente, a disponibilização de

serviço de *babysitting* (para todos os filhos dos participantes do grupo), de refeições/*snacks* leves e de serviço de transporte se necessário; a realização dos grupos em locais de fácil acesso aos pais e com caráter não estigmatizante (Hutchings, Bywater, & Daley, 2007a); proporcionar aos pais pequenos incentivos ao longo das sessões semanais (e.g., pela realização das atividades para casa, pela pontualidade na sessão) (Webster-Stratton & Hancock, 1998).

### **2.2.3. Implementação com Fidelidade e Papel do Líder/Dinamizador**

Um dos aspetos mais importantes para a eficácia dos AI diz respeito à sua implementação com fidelidade (Webster-Stratton et al., 2012). Esta implica que o programa, tal como foi construído pela sua autora, seja seguido de forma rigorosa e que todos os diferentes componentes e métodos sejam utilizados (por exemplo, os líderes não podem dinamizar um grupo sem formação específica para tal; as sessões devem iniciar-se sempre com a revisão das tarefas para casa).

Para garantir a fidelidade e integridade na implementação e disseminação dos programas AI, a sua autora desenhou um método de certificação dos facilitadores, que compreende um processo contínuo de formação, supervisão e consultoria. Este processo implica, entre outros procedimentos, uma formação inicial de três dias, o visionamento de vídeos de sessões de grupo e a reflexão conjunta (com o facilitador e um *Peer-Coach*, um *Mentor* ou um *Trainer* no programa\*<sup>1</sup>) acerca das competências observadas. Esta supervisão contínua e o treino dos dinamizadores/líderes reforçam as competências e adesão destes ao protocolo de intervenção e incrementam a fidelidade na aplicação dos AI (Webster-Stratton, Reid, Hurlburt, & Marsenich, 2011). Paralelamente, o programa é manualizado (o que facilita a sua disseminação) e inclui manuais detalhados, DVDs com vinhetas, livros e folhetos, questionários de avaliação para os pais (cf. Anexo A e B) e de auto e heteroavaliação para os dinamizadores/líderes (cf. Anexos C e D).

O cuidado relativo às questões da fidelidade na implementação permite à autora garantir que, caso o programa se revele pouco eficaz num determinado contexto ou população, a ausência de resultados possa ser atribuída à falta de fidelidade na implementação do programa e não à sua baixa eficácia (Hutchings, Bywater, Eames, & Martin, 2008). Para além disto, a possibilidade de os programas poderem ser implementados e replicados com fidelidade é também um dos critérios

---

<sup>1</sup> Os *Peer-Coach*, *Mentors* e *Trainers* são pessoas certificadas pela agência dos AI como tendo elevadas competências e conhecimento no programa que lhes permitem supervisionar os líderes de grupo. Estas diferentes categorias correspondem, em ordem crescente, a diferentes competências relacionadas com os processos de supervisão, certificação e formação.

de classificação pelos Programas *Blueprints* tendo o programa AI sido recentemente (2011-2012) avaliado como “promissor” (<http://www.blueprintsprograms.com>)<sup>2</sup>.

De forma a garantir a implementação com fidelidade do programa, os líderes/dinamizadores têm que ter, tal como já referimos, formação certificada e passar por um processo de supervisão e formação contínuas. Para além disto, e na medida em que o seu papel de suporte, motivação e envolvimento dos pais na mudança é fundamental, os líderes deverão reunir um conjunto importante de competências que lhes permitam levar a cabo as seguintes tarefas ao longo das sessões (Webster-Stratton & Hancock, 1998; Webster-Stratton, 2011): i. assegurar que o grupo é um local seguro, designadamente, através do estabelecimento com os pais, na primeira sessão, de regras de funcionamento do grupo (as regras são afixadas na parede, em local visível, em todas as sessões) e de uma postura de aceitação e não julgamento; ii. identificar os objetivos específicos de cada pai, relativamente à sua criança-alvo (e.g., ir para o banho quando o pai manda), enquanto forma de promover a coesão no grupo e aumentar o envolvimento dos pais no programa; iii. escutar de forma ativa; iv. liderar e dar ao grupo estrutura suficiente para assegurar o envolvimento de todos; v. explicar aos pais os princípios de gestão do comportamento, dando-lhes racionais curtos e claros que lhes permitam a compreensão da teoria que subjaz às estratégias parentais, contribuindo assim para a generalização e manutenção dos efeitos da intervenção; vi. reenquadrar as emoções e cognições dos pais relativamente a uma determinada experiência, com o objetivo de promover a mudança de comportamentos; vii. elicitir as ideias e sentimentos dos pais, promover a partilha de experiências, a discussão das cenas de vídeo e a resolução de problemas; viii. promover a prática de novas soluções através de situações de *role-play* no grupo; ix. generalizar os conteúdos e princípios das sessões (e.g. *Princípio da Luísa - O elogio é como o leite materno: está sempre disponível e é grátis*) para situações específicas do dia-a-dia dos pais e para fora das sessões (e.g., atividades para casa); x. preparar e prevenir recaídas; xi. reforçar o suporte do grupo e de outras redes.

---

<sup>2</sup> Os *Blueprints programs* são atualmente 52, selecionados a partir de uma revisão de 1100, e podem ser classificados como modelo ou promissores: os promissores cumprem o mínimo de critérios de eficácia enquanto os modelo preenchem a maioria desses critérios e desse modo oferecem uma maior garantia da sua capacidade de mudarem os comportamentos ou o desenvolvimento (<http://www.blueprintsprograms.com/programCriteria.php>; acedido em 27 de Maio de 2014). São uma iniciativa do Center for the Study and Prevention of Violence (CSPV), do Institute of Behavioral Science, da University of Colorado Boulder e atualmente financiada pela Annie E. Casey Foundation, tendo o seu nome sido alterado de *Blueprints for Violence Prevention* par *Blueprints for Healthy Youth Development*.

### 2.3. Suporte empírico para o Programa Básico para Pais Anos Incríveis

Nos últimos 30 anos o Programa AI-Básico tem sido alvo de inúmeros estudos internacionais. Oito estudos experimentais (*randomized control trials*) foram realizados pela autora do programa, envolvendo mais de 800 crianças entre os 3 e os 8 anos de idade com diagnóstico de POD e PH/DA (Webster-Stratton, 2011). Estes estudos demonstraram a eficácia do programa na melhoria das práticas parentais positivas e da interação pais-filhos, bem como na redução de práticas parentais disfuncionais e punitivas e dos problemas de comportamento. Verificou-se, ainda, que cerca de dois terços das famílias mantiveram estes resultados positivos 8 a 12 anos após a intervenção (Webster-Stratton, Rinaldi, & Reid, 2011).

O programa tem também vindo a ser testado pela autora enquanto programa de intervenção seletiva com famílias de elevado risco social. Uma vez mais, os resultados mostram que, ainda que os efeitos de magnitude sejam mais baixos do que nos estudos com amostras clínicas, quando comparadas com as famílias do grupo de controlo, os pais que participam na intervenção com o Programa AI-Básico revelam mais competências parentais e as crianças mais competências pró-sociais, após a intervenção (Webster-Stratton, 1998; Webster-Stratton et al., 2001). Os resultados mantiveram-se um ou dois anos após a intervenção.

Também as sucessivas replicações de que tem sido alvo em países como a Irlanda, Inglaterra, País de Gales, Suécia ou Finlândia, cujos estudos têm sido realizados essencialmente em contextos clínicos comunitários (ou seja, fora do contexto universitário, mais laboratorial) com amostras de crianças com diagnóstico de problemas de comportamento (e.g., Axberg & Broberg, 2012; Drugli & Larsson, 2006; Lavigne et al., 2008; Scott, Spender, Doolan, Jacobs, & Aspland, 2001) e com crianças em risco de virem a desenvolver problemas de comportamento (e.g., Gardner, Burton, & Klimes, 2006; Hutchings et al., 2007b; Posthumus, Raaijmakers, Maassen, van Engeland, & Matthys, 2012; Scott et al., 2010) têm revelado resultados positivos a curto, médio e longo-prazo, quer nas variáveis relacionadas com o comportamento das crianças, quer nas variáveis relacionadas com as práticas parentais.

Resumindo, e de acordo com diferentes estudos de eficácia e/ou efetividade<sup>3</sup> realizados nos últimos anos com crianças com problemas de comportamento, (e.g., Bywater et al., 2009; McGilloway et al., 2012; Perrin, Sheldrick, McMenemy, Henson, & Carter, 2013; Scott, et al., 2001; Webster-Stratton & Hammond, 1997), este programa tem mostrado ser eficaz não só na promoção

---

<sup>3</sup> A designação estudos de eficácia refere-se a estudos realizados em ambientes controlados, tais como laboratórios ou clínicas, com o objetivo de testar os efeitos de uma intervenção. Os 'estudos de efetividade' (*effectiveness*) são aqueles que ocorrem em contextos "reais", na prática do dia-a-dia e pretendem avaliar a validade ecológica da intervenção (APA, 2006).

da qualidade das interações pais-filhos e na redução dos problemas de comportamento da criança, como também na promoção de práticas parentais positivas, diminuição de práticas parentais disfuncionais (McGilloway et al., 2012; Webster-Stratton, 1982, 1990a, 1990b; Webster-Stratton & Hammond, 1997; Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2004) e redução da sintomatologia depressiva materna (Hutchings, Bywater, Williams, Lane, & Whitaker, 2012).

Finalmente, e ainda que não seja esse o seu objetivo principal, o programa Básico -AI para pais mostrou também a sua eficácia na diminuição de sintomas internalizantes da criança (e.g., Webster-Stratton & Herman, 2008), com diferentes grupos culturais nos EUA (e.g., Reid et al., 2001) e com famílias adotivas (Linares, Montalto, MinMin, & Oza, 2006; para uma revisão ver Webster-Stratton, & Reid, 2012).

O amplo suporte empírico que tem alcançado levou a que seja considerado um dos programas de referência nos diferentes diretórios de intervenções baseadas em evidência, tendo sido identificado, em 2012/13, como um dos 46 Programas Promissores *Blueprints* pelo *Institute of Behavioral Science Center for the Study and Prevention of Violence* (<http://www.blueprintsprograms.com>) e considerado um Programa de Prevenção Modelo (*effective program*) pelo *Office of Juvenile Justice and Delinquency* (OJJDP; <http://www.ojjdp.gov/mpg>), pelo *Child Trends* (<http://www.childtrends.org>) e pelo *Crime Solutions* (<http://www.crimesolutions.gov>). Ainda em 2012, no âmbito de uma revisão do diretório norte-americano *National Registry of Evidence-Based Programs and Practices* (SAMSHA; <http://www.nrepp.samhsa.gov>), recebeu a classificação de 3.6-3.7 numa escala de 0 a 4 pontos. Na Europa, foi considerado pela *European Platform for Investing in Children* como um programa empiricamente validado e classificado como um programa promissor ([http://europa.eu/epic/practices-thatwork/evidence-based-practices/practices/incredible-years\\_en.htm#chapter\\_2](http://europa.eu/epic/practices-thatwork/evidence-based-practices/practices/incredible-years_en.htm#chapter_2)).

#### **2.4. A investigação com o Programa Anos Incríveis Básico (AI-Básico) para Pais em Portugal**

Em Portugal a investigação, implementação e disseminação dos programas AI é coordenada, a nível nacional, por Maria Filomena Gaspar e Maria João Seabra-Santos, Professoras e investigadoras da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

A versão original do Programa Básico para Pais, o primeiro programa da série AI a ser transportado para o nosso País, tem vindo a ser alvo de estudo desde 2004. Numa fase preliminar (2004/2007) todos os materiais do programa foram traduzidos e adaptados, incluindo a legendagem das vinhetas dos DVDs e o livro e folhetos entregues aos pais nas sessões (Gaspar & Seabra-Santos, 2008). Posteriormente, entre 2007 e 2008, foram implementados estudos piloto



com grupos de pais em jardins-de- infância (3 grupos) e num centro psicoterapêutico privado (2 grupos) com pais voluntários. Estes grupos tiveram como principal objetivo testar a tradução e adaptação do programa ao contexto Português e possibilitar o treino de competências dos facilitadores (Webster-Stratton et al., 2012). Finalmente, entre 2009 e 2013, o programa foi implementado no âmbito de projetos de investigação financiados, um com uma amostra de crianças em idade pré-escolar com risco social (prevenção seletiva) e outro com risco clínico (prevenção indicada).

No Quadro 2 apresentamos as principais características e resultados dos estudos de eficácia com o Programa AI-Básico para pais em Portugal.

No âmbito do projeto *Uma Aventura no Mundo da Família*, financiado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência, Cabral e colaboradores (2009/2010) avaliaram a eficácia do Programa Básico-AI aplicado ao longo de 12 semanas (n=104), quando comparado com os resultados de um grupo que recebeu uma intervenção parental nacional, não baseada em evidência (Programa Mais-Família; n=49; Gaspar, 2004). Participaram neste estudo 153 famílias de crianças entre os 3 e os 8 anos de idade, aleatoriamente distribuídas por estes dois grupos. As famílias foram sinalizadas pelos Serviços Locais de Segurança Social e pelas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens de Seia, Gouveia e Celorico da Beira e eram provenientes de meios socioeconómicos desfavorecidos e rurais e identificadas como revelando fatores de risco para a ocorrência de problemas de comportamento na criança. Foram realizados 11 grupos de pais AI-Básico, implementados numa infraestrutura da comunidade, tendo sido asseguradas todas as condições de implementação (e.g., treino específico e supervisão contínua dos facilitadores, transporte para os pais, *babysitting*, refeições e recompensas). Os resultados revelaram mudanças estatisticamente significativas nas famílias que foram alvo de intervenção relativamente ao aumento da competência parental, da empatia e da disponibilidade para atender as necessidades das crianças e à diminuição do stresse associado ao exercício do papel parental. Para além disto, estes resultados mantiveram-se 6 meses após a intervenção (12 meses após o pré-teste). Em relação às variáveis da criança, não foram encontradas mudanças estatisticamente significativas. No entanto, numa dimensão mais qualitativa, no questionário final de Avaliação da Satisfação e Eficácia os pais relataram uma mudança acentuada em si e nos seus filhos (e.g., “acho que os meus filhos mudaram para melhor a maneira como falam e se comportam em casa”) (Cabral et al., 2009/2010).

Em 2009 iniciou-se um outro projeto de investigação (*Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: eficácia de programas parentais e escolares*) coordenado por Gaspar e Seabra-Santos (Gaspar et al., 2012; Seabra-Santos, Gaspar, Azevedo, Homem, & Leitão, 2012) e do qual fez parte a autora da presente dissertação. Financiado, desde 2010, pela Fundação para a

Ciência e a Tecnologia e pelo FEDER-COMPETE, teve como principais objetivos testar a eficácia dos programas AI para pais e educadores de infância numa amostra de crianças em idade pré-escolar (entre os 3 e os 6 anos) com sinais precoces de problemas de comportamento externalizante. Numa primeira fase (de 2009 a 2012) foi testada a eficácia do programa Básico – AI numa amostra de 125 famílias distribuídas aleatoriamente por dois grupos: grupo com intervenção AI e grupo de controlo/lista de espera. Foram realizados, nesta fase, 17 grupos de pais, que decorreram no Centro de Prestação de Serviços da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e no serviço de pedopsiquiatria do Hospital Magalhães Lemos, no Porto. Posteriormente (entre 2012 e 2013) pretendeu-se avaliar a mais-valia de uma intervenção com educadores de infância [utilizando o programa AI para educadores/professores, já anteriormente estudado por Vale (2012)] quando implementada adicionalmente à intervenção parental. Nesta fase da investigação foram dinamizados 5 grupos de intervenção parental, nos quais estiveram envolvidos 45 pais (desenho não aleatório). Foram ainda dinamizados dois grupos de formação com cerca de 28 educadoras, selecionadas com base no critério de na sua sala existir pelo menos uma criança que preenchia os critérios de inclusão para a primeira fase do projeto (os quais serão descritos em detalhe no capítulo da Metodologia).

Relativamente à primeira fase deste projeto, os resultados foram encorajadores (Seabra-Santos, 2013). Destacamos o facto de, a curto-prazo (6 meses após o início da intervenção), os resultados apontarem para: i. uma redução estatisticamente significativa, no GI, dos problemas de comportamento das crianças, em contexto familiar comparativamente com os resultados do GC; ii. um aumento estatisticamente significativo dos comportamentos pró-sociais das crianças do GI, em contexto familiar, comparativamente com os resultados do GC; iii. uma diminuição significativamente maior de práticas negativas nos pais do GI do que nos do GC; iv. um aumento do sentido de competência parental nos pais do GI quando comparados com os pais do GC. Particularmente relevante é o facto destes resultados se manterem a médio (12 meses após a primeira avaliação) prazo.

Quanto à segunda fase do projeto, os resultados preliminares permitiram concluir que: i. a intervenção adicional com educadores conduz a uma redução no número de comportamentos externalizantes que estes percebem nas crianças no jardim de infância, comparada com a não intervenção, redução esta que não se observa na intervenção apenas com os pais; ii. a intervenção adicional com educadores conduz a um aumento das aptidões sociais que percebem nas crianças, comparada quer com a não intervenção, quer com a intervenção com pais. Este aumento significativo não se observou na intervenção apenas com os pais (Vale & Gaspar, 2013).

Neste projeto foram ainda integrados dois outros estudos: o estudo que será objeto desta dissertação e que apresentaremos em detalhe na secção Metodologia; e o estudo de Azevedo

(2013a), cujo principal objetivo foi a avaliação da eficácia do Programa Básico para Pais Anos Incríveis numa amostra de crianças com comportamentos de PH/DA. A curto-prazo, os resultados deste segundo estudo apontam para uma diminuição significativa dos comportamentos de PH/DA de acordo com a perceção das mães e educadores de infância, bem como para um aumento da perceção de competência e utilização de práticas parentais mais positivas nas mães que fizeram parte do grupo de intervenção, quando comparadas com o grupo de controlo (Azevedo, Seabra-Santos, Gaspar, & Homem, 2013a). Verificou-se ainda a manutenção dos resultados a médio-prazo (12 meses após a primeira avaliação) (Azevedo, Seabra-Santos, Gaspar, & Homem, 2013b).

Finalmente, um outro estudo exploratório realizado em Portugal avaliou a adequação do Programa AI-Básico a uma amostra de cuidadores (profissionais) de crianças entre os 3 e os 8 anos de idade, colocadas em Centros de Acolhimento Residencial (CATs). Deste estudo fizeram parte 4 CAT: 2 deles receberam a intervenção (n = 27 participantes), enquanto que os outros 2 funcionaram como grupo de comparação (n = 20). Os resultados a curto-prazo indicam que os cuidadores que receberam a intervenção ao longo de 13 semanas revelaram mais atitudes de empatia, tendo também sido observada uma melhoria das práticas educativas positivas e um decréscimo das práticas negativas (e.g., ordens negativas, críticas) numa tarefa específica de observação. Apesar de não terem sido reportadas diferenças significativas entre os grupos relativamente aos comportamentos da criança relatados pelos cuidadores, na tarefa de observação foram observados menos comportamentos negativos nas crianças cujos cuidadores foram alvo da intervenção (Silva, 2014; Silva & Gaspar, 2014; Silva, Gaspar & Anglin, 2014).

Para além da investigação realizada no âmbito dos programas AI, têm ainda vindo a ser dinamizadas uma série de formações que têm contribuído para a disseminação destes programas em Portugal. Assim, até finais de 2013, tinham já sido organizados cinco *workshops* de formação para líderes do programa Básico para pais, dinamizados por formadores (*trainers*) estrangeiros da agência central dos AI, cada um dos quais com a duração de três dias. Existem atualmente cerca de 125 profissionais das áreas da Psicologia, Saúde, Educação e Serviço Social que receberam a formação em Portugal. Sete destas profissionais são já facilitadoras certificadas; quatro delas supervisores de pares (*peer-coaches*), sendo duas as coordenadoras dos AI em Portugal e encontrando-se presentemente em processo de formação para serem Mentoras no programa (o que lhes permitirá dinamizarem *workshops* de formação para líderes do programa Básico para pais no nosso país). Em Julho de 2014 essas mentoras dinamizaram o primeiro *workshop* de formação em Portugal, em Língua Portuguesa, para 21 profissionais.

Em Novembro de 2013 realizou-se a Conferência Internacional *Prevenção e intervenção precoces em distúrbios de comportamento em idade pré-escolar: Eficácia de programas parentais e escolares baseados em evidência*, que contou com a presença e participação da autora dos

programas *Incredible-Years*, Carolyn Webster-Stratton, e teve como grande objetivo divulgar os resultados do projeto.

Para o futuro, prevê-se a continuação da investigação com os programas AI nos seus diferentes contextos (escola, criança e família), tendo-se já iniciado estudos piloto com o Programa para Bebés, em contextos comunitário e clínico.

**Quadro 2.** Estudos com o Programa Básico para Pais *Anos Incríveis* em Portugal

Estudos publicados: Autores	Participantes	Contexto	Duração	Desenho do Estudo	Resultados
Gaspar & Seabra-Santos, 2008	24 crianças e famílias da comunidade, de baixo risco e voluntárias, com crianças entre os 3 e os 6 anos de idade	Jardim de Infância	12 sessões em grupo + 1 sessão de seguimento	Estudo com distribuição aleatória por 2 grupos: intervenção e controlo; participantes avaliados em 2 momentos: pré e pós	Resultados no GE (medidas de auto e heterorrelato das mães): ↓ Problemas na criança ↑ Competências pró-sociais ↑ Disciplina positiva ↓ Disciplina inconsistente e severa ↓ Sintomas depressivos - Resultados sem alterações do pré- para o pós-teste no GC - Elevada taxa de participação no programa (10 em 12 sessões) - Elevada satisfação com os diferentes componentes das sessões (níveis 4 e 5 numa escala de 1 a 5)
Seabra-Santos & Gaspar, 2008	12 pais (10 mães e 2 pais) da comunidade, de baixo risco, do GE				
Cabral et al., 2009/2010	153 crianças entre os 3 e os 8 anos de idade e respetivas famílias; famílias de risco social	Comunidade	12 sessões em grupo + 1 sessão de seguimento	Estudo com distribuição aleatória por 2 grupos de intervenção: intervenção AI (n=104) intervenção com outro programa (n=49); participantes avaliados em 2 momentos: pré e pós	Resultados nos 2 grupos de intervenção ↓ Stresse associado ao exercício do papel parental ↑ Competência parental, empatia e disponibilidade para atender as necessidades das crianças - Sem efeitos significativos nas variáveis relacionadas com as crianças ↑ Perceção de mudança acentuada em si e nos seus filhos (e.g., “acho que os meus filhos mudaram para melhor a maneira como falam e se comportam em casa”) - Efeitos mantiveram-se aos 6 meses de FU
Azevedo, Seabra-Santos, Gaspar, & Homem, 2013a	100 crianças entre os 3 e os 6 anos de idade e respetivas famílias; crianças com comportamentos de PH/DA	Comunidade	14 sessões em grupo + 2 sessões de seguimento	Estudo com distribuição aleatória por 2 grupos: intervenção e controlo; participantes avaliados em 3 momentos: pré, pós (6 meses após a primeira	Resultados nos grupos de intervenção vs GC ↓ Dos comportamentos de PH/DA na criança ↑ Competências parentais positivas ↑ Competências de <i>coaching</i> ↓ Nas práticas parentais disfuncionais

Azevedo, Seabra-Santos,  
Gaspar, & Homem, 2013b

avaliação) e *follow-up* (12  
meses após a primeira  
avaliação)

Resultados no grupo de intervenção no  
*follow-up* 12 meses:  
Manutenção dos resultados obtidos na  
avaliação pós

↓ Das competências de *coaching*

---

Silva, 2014 Silva & Gaspar, 2014 Silva, Gaspar & Anglin, 2014	25 crianças, entre os 3 e os 8 anos de idade, e 47 cuidadores de Centros de Acolhimento Residencial	Centros de Acolhimento Residencial	13 sessões em grupo	Estudo exploratório com 2 grupos: intervenção e controlo; participantes avaliados em 3 momentos: pré, pós (6 meses após a primeira avaliação) e <i>follow-up</i> (12 meses após a primeira avaliação)	Evolução do pré para o pós e FU 12 meses nos cuidadores e crianças que receberam intervenção: ↑ Atitudes de empatia nos cuidadores ↑ Práticas educativas positivas e decréscimo das práticas negativas - Sem efeitos significativos nos relatos dos comportamentos das crianças ↓ Comportamentos negativos nas crianças numa tarefa de observação da interação cuidadores-criança
--	--	--	---------------------	---	---

---

## **2.5. Racional para a utilização do Programa Básico para Pais Anos Incríveis na presente investigação**

Com base no extenso suporte empírico internacional que acima descrevemos, e no facto de ser um dos programas baseados em evidência com maior reconhecimento internacional e maior eficácia na prevenção e intervenção com famílias de crianças com problemas de comportamento, o Programa AI-Básico foi o programa de intervenção selecionado para a presente investigação. De facto, este programa foi inicialmente construído para ajudar os pais de crianças com problemas de comportamento a lidar com os diferentes desafios que estas lhes levantam, visando a promoção de interações pais-filhos mais positivas, a diminuição dos problemas de comportamento nas crianças e a promoção das suas competências sociais e emocionais (Webster-Stratton, 2011). Assim, e decorrente dos objetivos que estiveram na origem da construção deste programa, os modelos teóricos que lhe estão subjacentes vão ao encontro das necessidades e características específicas das famílias com crianças com problemas de comportamento e, designadamente, com comportamentos de oposição/desafio. De facto, ao basear-se nas teorias cognitivas da aprendizagem social (designadamente, a hipótese coerciva do reforço negativo ser um fator importante no desenvolvimento e manutenção dos problemas de comportamento), no modelamento e na vinculação, este programa contribui para o reforço dos laços entre pais e filhos, para a promoção de relações positivas e baseadas nos afetos e para um estilo parental mais responsivo. Estas características assumem grande importância no contexto das famílias com crianças mais desafiantes, uma vez que são habitualmente famílias cujas relações pais-filhos estão mais desgastadas e centradas nos comportamentos negativos, revelam interações pautadas por ciclos mais negativos e agressivos (Shaw, Owens, Giovannelli, & Winslow, 2001), manifestando ainda níveis de stresse intra-familiar e de desajustamento psicológico mais elevados (Podolski & Nigg, 2001; para uma revisão ver Campbell, 1995). Paralelamente, também a relação conjugal pode ser afetada nas famílias com crianças com problemas de comportamento, na medida em que vários estudos têm já referido a ligação que existe entre a satisfação conjugal e a parentalidade e os comportamentos de desafio e desobediência das crianças (Katz & Gottman, 1994; Linville et al., 2010).

Também o facto de existir uma versão portuguesa deste programa e de ter sido explorado em várias amostras comunitárias (Seabra-Santos & Gaspar, 2008; Webster-Stratton et al., 2012), bem como a existência de técnicos com formação nos AI no nosso país, potenciando assim as oportunidades de partilha de experiências e de acesso a sessões de supervisão, foram motivos importantes que tivemos em consideração quando escolhemos este programa de intervenção.

No presente estudo foi utilizada a versão do Programa Básico para Pais anterior a 2008, quer por ser a versão que existia quando o programa foi traduzido e adaptado para o nosso país, quer porque a maioria da investigação internacional nesta área foi feita com esta versão. No entanto, e seguindo as recomendações da autora, utilizámos 14 sessões, em vez das 12 preconizadas na versão anterior a 2008.

A possibilidade de intervir precocemente na trajetória de vida das crianças que manifestam problemas de comportamento, e a oportunidade de termos um impacto positivo nesta trajetória e na prevenção de futuros problemas de comportamento, foram o mote principal para a realização do presente estudo e para a escolha do programa Básico -AI. Assim, o presente estudo visa contribuir para a análise do impacto deste programa a curto e a médio-prazos, numa amostra de crianças pré-escolares portuguesas com comportamentos de oposição/desafio. Paralelamente, tem como objetivo contribuir para a expansão do conhecimento nesta área, quer ao nível teórico, quer ao nível da prática clínica em Portugal, na medida em que pretende testar a eficácia de uma possível ferramenta de intervenção empiricamente validada.



## Referências bibliográficas

American Academy of Child Adolescent Psychiatry (AACAP, 2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 894-921. doi:10.1097/chi.0b013e318054e724

American Psychological Association, Presidential task force on evidence-based practice (APA, 2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-185. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271

Axberg, U., & Broberg, A. (2012). Evaluation of "The Incredible Years" in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53, 224-232. doi: 10.1111/j.1467-9450.2012.00955.x

Azevedo, A. (2013). *O Programa de Intervenção Parental 'Anos Incríveis': Eficácia numa amostra de crianças portuguesas de idade pré-escolar com comportamentos de PH/DA*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese não publicada), Universidade de Coimbra, Coimbra.

Azevedo, A., Seabra-Santos, M.J., Gaspar, M. F., & Homem, T. (2013a). The Incredible Years Basic Parent Training for Portuguese Preschoolers with AD/HD Behaviors: Does it Make a Difference? *Child & Youth Care Forum*, 42, 403-424. doi: 10.1007/s10566-013-9207-0

Azevedo, A., Seabra-Santos, M.J., Gaspar, M. F., & Homem, T. (2013b). A Parent-Based Intervention Programme Involving Preschoolers with AD/HD Behaviours: Are Children's and Mothers' Effects Sustained over Time? *European Child and Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-013-0470-2

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191

Barkley, R. (2013). *Defiant Children: A clinician's manual for assessment and parent training*. New York: The Guilford Press.

Belsky, J. (1997). Variation in susceptibility to environmental influence: An evolutionary argument. *Psychology Inquiry*, 8, 182-186. doi: 10.1207/s15327965pli0803\_3

Bor, W., Sanders, M., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 571-587, doi: 10.1023/A:1020807613155

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness, and depression*. New York: Basic Books.

Brestan, E., & Eyberg, S. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189. doi: 10.1207/s15374424jccp2702\_5

Bronfenbrenner, U. (1986). The ecology of the family as a context for human development. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742. doi: 10.1037/0012-1649.22.6.723

Bywater, T., Hutchings, J., Daley, D., Whitaker, C., Yeo, S., Jones, K., ... Edwards, R.T. (2009). Long-term effectiveness of a parenting intervention in Sure Start services in Wales for children at risk of developing conduct disorder. *British Journal of Psychiatry*, 195, 318-324. doi:10.1192/bjp.bp.108.056531

Cabral, A., Ferreira, A. C., Santos, J., Gaspar, M. F., Silva, P., & Eufrazia, R. (2009/2010). *Uma aventura no mundo da familia*. Gouveia: Edições GAF.

Campbell, S. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-149. doi: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657.x

Campbell, S., Shaw, D., & Gilliom, M. (2000). Externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488. doi: 10.1017/S0954579400003114

Chaffin, M., Silovsky, J., Funderburk, B., Valle, L., Brestan, E., Balachova, T., & ...Bonner, B. (2004). Parent-Child Interaction Therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 500-150. doi: 10.1037/0022-006X.72.3.500

Dishion, T., & Patterson, G. (2006). The development and ecology of antisocial behavior in children and adolescents. In D. Cicchetti & D. J. Cohens (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 3. Risk disorder and adaptation* (pp. 503-541). New York: Wiley.

Dishion, T., & Piehler, T. (2007). Peer dynamics in the development and change of child and adolescent problem behavior. In A. Masten (Ed.), *The Minnesota Symposium on Child Psychology: Vol. 33. Multi-level dynamics in developmental psychopathology: Pathways to the future* (pp. 151-180). Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum and Associates.

Drugli, M., & Larsson, B. (2006). Children aged 4-8 years treated with parent training and child therapy because of conduct problems: Generalization effects to day-care and school setting *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 392-399. doi: 10.1007/s00787-006-0546-3

Eyberg, S., Boggs, S., & Algina, J. (1995). Parent-child interaction therapy: A psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 83-91.

Forehand, R., & McMahon, R. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to effective parent training*. New York: Guilford.

Forgatch, M., & DeGarmo, D. (2002). Extending and testing the social interaction learning model with divorce samples. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 235–256). Washington DC: American Psychological Association.

Gallagher, N. (2003). *Effects of parent-child interaction therapy on young children with disruptive behavior disorders*. *Bridges: Practice-Based Research Syntheses*, 1, 1-17. Retirado de [http://www.wbpress.com/index.php?main\\_page=product\\_book\\_info&products\\_id=232](http://www.wbpress.com/index.php?main_page=product_book_info&products_id=232)

Gardner, F., Burton, J., & Klimes, I. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01668.x

Gaspar, M. F. (2003). O trabalho com pais na prevenção do comportamento antissocial. [Parenting intervention and prevention of antisocial behavior]. In I. Alberto et al. (Orgs). *Comportamento Anti-Social: Escola e Família*. Coimbra. Centro de Psicopedagogia da Universidade de Coimbra.

Gaspar, M. F. (2004). *Projeto Mais-Pais*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Gaspar, M., & Seabra-Santos, M. (2008). First results from the translation, implementation and researching of the Webster-Stratton “Incredible Years” Basic Parenting Programme in Portugal. In C. Canali, T. Vecchiato & J. Whittaker (Eds.). *Assessing the “evidence-base” of intervention for vulnerable children and their families* (pp.115-117). Padova: Fondazione Emanuela Zancan onlus.

Gaspar, M. F., Seabra-Santos, M. J., Vale, V., Silva, I., Azevedo, A., & Homem, T. (2012, Outubro). *The Incredible Years parent and teacher programmes in Portugal*. Comunicação apresentada na Conferência Europeia de Suporte Parental, em Haia na Holanda. Retirado de [www.youthpolicy.nl/yp/.../Think-Parent-workshop-14-Portugal.pdf](http://www.youthpolicy.nl/yp/.../Think-Parent-workshop-14-Portugal.pdf)

Griest, D., Forehand, R., Rogers, T., Breiner, J., Furey, W., Williams, C (1982). Effects of parent enhancement therapy on the treatment outcome and generalization of a parent training program. *Behaviour Research and Therapy*. 20, pp. 429–436.

Hutchings, J., Bywater, T., & Daley, D. (2007a). Early prevention of conduct disorder: How and why did the North West Wales Sure Start Study work? *Journal of Children's Services*, 2, 16-23. doi: 10.1108/17466660200700012

Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., & Edwards, R. (2007b). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: Pragmatic randomized controlled trial. *British Medical Journal*, *334*, 678-682. doi:10.1136/bmj.39126.620799.55

Hutchings, J., Bywater, T., Eames, C., & Martin, P. (2008). Implementing child mental health interventions in service settings: lessons from three pragmatic randomised controlled trials in Wales. *Journal of Children's Services*, *3*, 17-27.

Hutchings, J., Bywater, T., Williams, M., Lane, E., & Whitaker, C. (2012). Improvements in maternal depression as a mediator of child behaviour change. *Psychology*, *3*, 795-801. doi: 10.4236/psych.2012.329120

Kazdin, E., & Weisz, J. R. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 2<sup>nd</sup> edition. New York, NY: Guilford Press.

Katz, L. F., & Gottman, J. M. (1994). Marital conflict styles and children's emotions. In R. Parke & S. Kellam (Eds.), *Exploring family relationships with other social contexts* (pp. 49-74). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Press.

Lavigne, J., LeBailly, S., Gouze, K., Cicchetti, C., Pochyly, J., Arend, R., ... Binns, H. (2008). Treating Oppositional Defiant Disorder in primary care: A comparison of three models. *Journal of Pediatric Psychology*, *33*, 449-461. doi:10.1093/jpepsy/jsm074

Leung, C., Sanders, M., Leung, S., Mak, R., & Lau, J. (2003). An Outcome Evaluation of the Implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process*, *42*, 531-544. doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.00531.x

Linares, L. O., Montalto, D., MinMin, L., & Oza, V. S. (2006). A promising parent intervention in foster care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 32-41. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.32

Linville, D., Chronister, K., Dishion, T., Todahl, J., Miller, J., Shaw, D., Gardner, F. and Wilson, M. (2010). A longitudinal analysis of parenting practices, couple satisfaction, and child behavior problems. *Journal of Marital and Family Therapy*, *36*, 244-255. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00168.x

Loeber, R., & Farrington, D. (2001). *Child delinquents: Development, intervention, and service needs*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Martinez, C., & Forgatch, M. (2001) Preventing problems with boys' noncompliance: Effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 416-428. doi: 10.1037/0022-006X.69.3.416

McGilloway, S., Mhaille, G., Bywater, T., Furlong, M., Leckey, Y., Kelly, P., Comiskey, C., & Donnelly, M. (2012). A parenting intervention for childhood behavioral problems: A randomized

controlled trial in disadvantaged community-based settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 116-127. doi: 10.1037/a0026304

McMahon, R. (2006). Parent training interventions for preschool-age children. In R. Tremblay, R. Barr & R. Peters (Eds.), *Encyclopedia on early childhood development* (May 2006 ed.). Retrieved from <http://www.excellenceearlychildhood.com/documents/McMahonRJANGxp.pdf>

Menting, A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 33*, 901-913. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.006>

Neary, E., & Eyberg, S. (2002). Management of disruptive behavior in young children. *Infants and Young Children, 14*, 53-67.

Patterson, G., (2002). The early development of coercive family process. In J. Reid, G. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model of intervention* (pp. 25-64). Washington: American Psychological Association.

Patterson, G., Chamberlain, P., & Reid, J. (1982). A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy, 13*, 638 – 650. doi: 10.1016/S0005-7894(82)80021-X.

Patterson, G., Reid, J., & Dishion, T. (1992). *Antisocial boys: A social interactional approach* (Vol.4). Eugene, OR: Castalia Publishing.

Peed, S., Roberts, M., & Forehand, R. (1977). Evaluation of the effectiveness of a standardized parent training program in altering the interaction of mothers and their noncompliant children. *Behavior Modification, 1*, pp. 323-350.

Perrin, E., Sheldrick, R. McMenemy, J., Henson, B., & Carter, A. (2013). Improving parenting skills for families of young children in pediatric settings: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics, 4* doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2919

Piaget, J. (1988). Extracts from Piaget's theory. In K. Richardson & S. Sheldon (Eds.), *Cognitive development to adolescence: A reader* (pp. 3—18). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Podolski, C., & Nigg, J. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 501-511.

Posthumus, J., Raaijmakers, M., Maassen, G., Engeland, H., & Matthys, W. (2011). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child and Psychology, 40*, 487-500. doi:10.1007/s10802-011-9580-9

Prinz, R., Sanders, M., Shapiro, C., Whitaker, D., & Lutzker, J. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P system population trial. *Prevention Science, 10*, 1-12. doi: 10.1007/s11121-009-0123-3

Querido, J., & Eyberg, S. (2005). Parent-child interaction therapy: Maintaining treatment gains of preschoolers with disruptive behavior disorders. In E. Hibbs, & P. Jensen, (Eds.). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. Washington, DC: APA Press.

Reid, J.B., Patterson, G.R., & Snyder, J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and a model for intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.

Reid, M., Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (2007). Enhancing a classroom social competence and problem-solving curriculum by offering parent training to families of moderate-to high-risk elementary school children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 605-620. doi: 10.1080/15374410701662741

Sameroff, A. (2009). The transactional model. In A. Sameroff (Ed.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (pp. 3-21). Washington: American Psychological Association.

Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of care-taking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. Siegal (Eds.). *Review of Child Development Research* (Vol.4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.

Sanders, M. R. (1999). Triple P - Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 71-90. doi: 10.1037/0893-3200.22.3.506

Sanders, M. & Markie-Dadds, C. (2003). The Triple P-Positive Parenting Programme: a universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child Abuse Review*, 12, 155-171. doi: 10.1002/car.798

Sanders, M., Markie-Dadds, C., & Turner, K. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P – Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice Monograph*, 1, 1-21.

Sanders, M., Ralph, A., Sofronoff, K., Gardiner, P., Thompson, R., Dwyer, S., & Bidwell, K. (2008). Every Family: A population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. *Journal of Primary Prevention*, 29, 197-222. doi: 10.1007/s10935-008-0139-7

Sandler, I., Schoenfelder, E., Wolchik, S., & MacKinnon, D. (2011). Long-term impact of prevention programs to promote effective parenting: Lasting effects but uncertain processes. *Annual Review of Psychology*, 62, pp. 299-329. doi: 10.1146/annurev.psych.121208.131619

Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B., & Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for child antisocial behavior in clinical practice. *British Medical Journal*, 323, 194. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.323.7306.194>

Scott, S., O'Connor, T., Futh, A., Matias, C., Price, J., & Doolan, M. (2010). Impact of a parenting program in a high-risk, multi-ethnic community: The PALS trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 1331-1341. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02302.x. Epub 2010 Sep 24.

Seabra-Santos, M., & Gaspar, M. F. (2008). The Webster-Stratton "Incredible Years" (IY) Basic Parenting Programme: Parental satisfaction in a community group of Portuguese parents. In C. Canali, T. Vecchiato & J. Whittaker (Eds.), *Assessing the "Evidence-base" of Intervention for Vulnerable Children and their Families* (pp. 571-573). Padova: Fondazione Emanuela Zancan onlus.

Seabra-Santos, M.. (2013). *Transportabilidade do Programa Anos Incríveis Básico para Portugal [Transportability of the Incredible Years Basic Parent Program to Portugal]*. Apresentação na Conferência Internacional "Prevenção e intervenção precoces em distúrbios de comportamento em idade pré-escolar: Eficácia de programas parentais e escolares baseados em evidência" [Early prevention and intervention in preschoolers' disruptive behaviors: efficacy of parenting and school evidence-based programs]. Portugal, Coimbra, 2013, November.

Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T., & Leitão, S. (2012, Marco). *Developing and researching the Incredible Years programs in Portugal*. Paper presented at the Center for Evidence Based Early Intervention Annual Conference 2012 "Supporting Parents, Children and Teachers: Research and practice", Cardiff. Retirado de <http://incredibleyears.com/programs/implementation/implementation-examples/>

Shaw, D., Lacourse, E., & Naguin, D. (2005). Developmental trajectories of conduct problems and hyperactivity from ages 2 to 10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 931-942. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00390.x

Shaw, D., Owens, E., Giovannelli, J., & Winslow, E. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 36-43. doi: 10.1097/00004583-200101000-00014

Silva, I. (2014). *Therapeutic Parents: Evaluation of the Adequacy of the Incredible Years Basic Parent Programme in the Promotion of Professional Skills and Reduction of Behavioural Problems of Children in Residential Care*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese não publicada), Universidade de Coimbra, Coimbra. Available from <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/24136>

Silva, I., & Gaspar, M. F. (2014). Supporting Portuguese residential child care staff: An exploratory study with the Incredible Years basic parent programme. *Psychosocial Intervention*, doi: <http://dx.doi.org/10.5093/in2014a4>

Silva, I., Gaspar, M. F., Anglin, J. (2014). Webster-Stratton Incredible Years Basic Parent Programme (IY) in Child Care Placements: Residential Staff Carers' Satisfaction Results. *Child & Family Social Work*. doi:10.1111/cfs.12129

Vale, V. (2012). *Tecer para não ter de remendar: O desenvolvimento sócio-emocional em idade pré-escolar e o programa Anos Incríveis para Educadores de Infância*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese não publicada), Universidade de Coimbra, Coimbra. Available from <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/18273>

Vale, V., & Gaspar, M. (2013). O programa Anos Incríveis para Educadores de Infância em Portugal [*The Incredible Years Teacher Classroom Management Program in Portugal*]. Apresentação na Conferência Internacional "Prevenção e intervenção precoces em distúrbios de comportamento em idade pré-escolar: Eficácia de programas parentais e escolares baseados em evidência" [*Early prevention and intervention in preschoolers' disruptive behaviors: efficacy of parenting and school evidence-based programs*]. Portugal, Coimbra, 2013, November.

Wachlarowicz, M., Snyder, J., Low, S., Forgatch, M., & DeGarmo, D. (2012). The moderating effects of parent antisocial characteristics on the effects of Parent Management Training - Oregon (PMTO). *Prevention Science*, 13, 229-240. doi: 10.1007/s11121-011-0262-1

Wasserman, G. & Seracini, A. (2001). Family risk factors and interventions. In Loeber & Farrington (eds.), *Child Delinquents: Development, Intervention and Service Needs* (pp. 165-189). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Webster-Stratton, C. (1981). Modification of mothers' behaviors and attitudes through videotape modeling group discussion program. *Behavior Therapy*, 12, 634-642. doi: 10.1016/S0005-7894(81)80135-9

Webster-Stratton, C. (1982). The long term effects of a videotape modeling parent training programme: Comparison of immediate and 1-year follow-up results. *Behaviour Therapy*, 13, 702-714. doi: 10.1016/S0005-7894(82)80026-9

Webster-Stratton, C. (1990a). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 479-492. Retirado de [http://67.199.123.90/library/items/enhancing-the-effectiveness-videotraining\\_1990.pdf](http://67.199.123.90/library/items/enhancing-the-effectiveness-videotraining_1990.pdf)



Webster-Stratton, C. (1990b). Long-term follow-up of families with young conduct problem children: From preschool to grade school. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*, 144-149. doi:10.1207/s15374424jccp1902\_6

Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 715-730. doi: 10.1037/0022-006X.66.5.715

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. (2009). Affirming diversity: Multi-cultural collaboration to deliver the Incredible Years Parent Programs. *The International Journal of Child Health and Human Development, 2*, 17-32. Retirado de [http://67.199.123.90/Library/items/Affirming-diversity\\_09.pdf](http://67.199.123.90/Library/items/Affirming-diversity_09.pdf)

Webster-Stratton, C. (2010). *Os Anos Incríveis: Guia de resolução de problemas para pais de crianças dos 2 aos 8 anos de idade* (M. I., Donnas Botto, Tradução; M. F. Gaspar & M. J. Seabra-Santos, Revisão científica). Braga: Psiquilibrios Edições (Original publicado em 2005)

Webster-Stratton, C. (2011). *The Incredible Years Parents, Teachers, and Children's Training Series: Program content, methods, research and dissemination 1980-2011*. Seattle: Incredible Years Inc.

Webster-Stratton, C. (2012). *Collaborating with Parents to Reduce Children's Behavior Problems: A Book for Therapists Using the Incredible Years Programs*. Seattle: Incredible Years Inc.

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 93-109. doi: 10.1037/0022-006X.65.1.93

Webster-Stratton, C., & Hancock, L. (1998). Training for parents of young children with conduct problems: Content, methods, and therapeutic processes. In C. E. Schaefer & J. M. Briesmeister (Eds.), *Handbook of Parent Training* (pp. 98-152). NY: John Wiley & Sons.

Webster-Stratton C., & Herbert, N. (1994). *Troubled families-problem children: Working with parents: A collaborative process*. Chichester: Wiley & Sons.

Webster-Stratton, C., Gaspar, M., & Seabra-Santos, M. (2012). Incredible Years R 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*, 157-169. doi:10.5093/in2012a15

Webster-Stratton, C., & Reid, M. (2010). The Incredible Years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct

problems. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 194-210). New York: Guilford Publications.

Webster-Stratton, C., & Reid, M. (2012). The Incredible Years: Evidence-based parenting and child programs for families involved in the child welfare system. In A. Rubin (Ed.), *Programs and interventions for maltreated children and families at risk* (pp. 11-30). New Jersey: John Wiley & Sons.

Webster-Stratton, C., Reid, M., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 283-302. doi:10.1207/S15374424JCCP3003\_2

Webster-Stratton, C., Reid, M., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 105-124. doi: 10.1207/S15374424JCCP3301\_11

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., Hurlburt, M., & Marsenich, L. (2011). *Improving therapist fidelity during EBP implementation*. Seattle, WA: University of Washington.

Webster-Stratton, C., Rinaldi, J., Reid, J. (2011). Long-term outcomes of Incredible Years parenting program: Predictors of adolescent adjustment. *Child and Adolescent Mental Health, 16*, 38-46. doi: 10.1111/j.1475-3588.2010.00576.x



## **PARTE 2**

Enquadramento Metodológico da Invesigação



## **CAPÍTULO 3 | Enquadramento Metodológico da Investigação**

Objetivos gerais da investigação

Desenho metodológico

Participantes e procedimentos de recolha da amostra

Intervenção: Programa Básico para Pais Anos Incríveis

Dimensões avaliadas e instrumentos utilizados

Cumprimento dos princípios éticos

Análise estatística

Análises de poder estatístico e da magnitude do efeito



*If you cannot measure it, you cannot improve it.*

*Michael Faraday*





A segunda parte desta dissertação é dedicada à apresentação dos três estudos empíricos incluídos neste trabalho. Começaremos por descrever os objetivos gerais da investigação que aqui apresentamos, bem como as opções metodológicas inerentes à sua concretização e a forma como os diferentes estudos empíricos se articulam entre si.

Pretendemos, com o nosso trabalho, contribuir para um melhor conhecimento acerca da eficácia a curto e a médio-prazos do Programa de intervenção parental Programa Básico para Pais Anos Incríveis (AI- Básico) na promoção de competências parentais mais positivas e na redução da sintomatologia opositiva/desafiadora de crianças em idade pré-escolar. Uma vez que os estudos têm objetivos diferentes e utilizam metodologias de análise e recortes de amostra final distintos, julgamos pertinente apresentar a forma como a investigação que os enquadra, na sua globalidade, foi conduzida. Este capítulo pretende, por isso, descrever e fundamentar os objetivos, as opções metodológicas e o processo de desenvolvimento e aplicação do trabalho empírico aqui apresentado.

### **3.1. Objetivos gerais da investigação**

Ao longo dos últimos 30 anos, a investigação nesta área tem mostrado os benefícios do apoio estruturado às famílias/aos pais de crianças com problemas de comportamento e, nomeadamente, com Perturbação de Oposição/Desafio (Bywater et al., 2009; McGilloway et al., 2012; Perrin, Sheldrick, McMenamy, Henson, & Carter, 2013; Sanders, 1999; Webster-Stratton, 1998), assumindo o importante papel que as práticas educativas parentais desempenham no desenvolvimento infantil ajustado.

No entanto, e apesar do grande investimento que tem sido feito nestes programas noutros países, em Portugal assistimos ainda à ausência de estudos devidamente controlados, tornando-se pertinente estudar a eficácia de programas de treino parental com efeitos positivos já comprovados empiricamente (e.g., Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker, & Lutzker, 2009; Sandler, Schoenfelder, Wolchik, & MacKinnon, 2011; Webster-Stratton, 2012), de modo a validar, no nosso país, esta ferramenta de intervenção. Para além disto, e apesar de toda a investigação internacional nesta área, há ainda algumas questões que têm sido menos aprofundadas. Destas, salientamos a importância de compreender de forma mais pormenorizada o impacto a médio prazo deste tipo de intervenções, quer no que diz respeito aos ganhos obtidos com as mães (ao nível das suas práticas educativas, mas também ao nível do seu ajustamento psicológico e intimidade conjugal), quer no que diz respeito aos ganhos obtidos com as crianças (ao nível do seu comportamento opositivo/desafiador). Por outro lado, importa também compreender a importância da presença do pai nos programas de treino parental, bem como o impacto que estes

programas têm nas práticas educativas utilizadas pelo pai e na percepção que estes têm dos comportamentos opositivos dos filhos. Finalmente, e uma vez que a literatura tem mostrado que os relatos de diferentes informadores relativamente aos problemas de comportamento das crianças são muitas vezes discrepantes e pouco correlacionados, considerámos também relevante a realização de um estudo empírico no qual fosse analisado o acordo e as divergências entre diferentes informadores do mesmo contexto (pai e mãe) e entre informadores de contextos diferentes (mãe/professor; pai/professor). De facto, no âmbito das Perturbações de Comportamento, a deteção de possíveis indicadores de psicopatologia, e consequente intervenção, deve ser feita o mais precocemente possível, sendo imperativo o recurso a múltiplos informadores [sobretudo em idade pré-escolar, dadas as limitações cognitivas e linguísticas da criança (Major & Seabra-Santos, 2014)], para podermos obter informação detalhada e específica acerca do comportamento da criança nos seus diferentes contextos e determinarmos que comportamentos constituem, ou não, desvios à norma (Wakschlag et al., 2007).

Procurando contribuir para responder a estas questões, o objetivo geral que nos propusemos alcançar no início desta investigação foi a implementação do programa AI-Básico com pais de crianças pré-escolares com sintomas de oposição/desafio e a avaliação da sua eficácia a curto e a médio prazos na promoção de interações mais positivas na família. Deste objetivo geral, decorreram outros objetivos mais específicos, designadamente:

- (1) Comparar a percepção de diferentes informadores (mãe, pai e educadores de infância) relativamente ao comportamento das crianças;
- (2) Avaliar o impacto do programa na promoção de práticas parentais mais positivas e menos disfuncionais nas mães e nos pais;
- (3) Analisar o impacto do programa no aumento da competência parental dos pais-homens (no que diz respeito à satisfação e à eficácia com a parentalidade);
- (4) Avaliar o impacto do programa na redução da sintomatologia depressiva materna;
- (5) Investigar o impacto do programa em diferentes dimensões da intimidade conjugal percebidas pela mãe;
- (6) Avaliar o impacto do programa na redução da sintomatologia opositiva/desafiadora das crianças e na promoção das suas competências pró-sociais reportadas pelas mães e pelos pais;
- (7) Analisar a adesão e a aceitação do programa AI-Básico pelos participantes (mãe e pai) no estudo.

Partindo da revisão da literatura realizada e dos objetivos delineados para a investigação foram conduzidos três estudos empíricos, cada um deles apresentado sob a forma de artigo. Os objetivos específicos de cada um dos estudos empíricos são apresentados no Quadro 3.



**Quadro 3 . Objetivos específicos da investigação (Estudos Empíricos)**

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Estudo Empírico</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comparar o grau de acordo e de divergência entre mãe e pai relativamente às perceções que têm do comportamento dos filhos</li> <li>▪ Comparar o grau de acordo entre mãe/educador e pai/educador relativamente às perceções que têm do comportamento das crianças</li> <li>▪ Comparar o grau de divergências entre mãe/pai e pai relativamente às perceções que têm do comportamento das crianças</li> <li>▪ Comparar o grau de divergências entre mãe/educador e pai/educador relativamente às perceções que têm do comportamento das crianças</li> </ul>	<b>I</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar a eficácia do programa Anos Incríveis Básico para pais, a curto-prazo na promoção de interações positivas mãe-criança , por comparação com um grupo de controlo</li> <li>▪ Examinar a eficácia do programa Anos Incríveis Básico para pais, a curto-prazo, na promoção de práticas parentais mais positivas nas mães, por comparação com um grupo de controlo</li> <li>▪ Analisar a eficácia do programa Anos Incríveis Básico para pais, a curto-prazo, na redução da sintomatologia depressiva das mães, por comparação com um grupo de controlo</li> <li>▪ Estudar a eficácia do programa Anos Incríveis Básico para pais, a curto-prazo, na promoção de maior intimidade conjugal, por comparação com um grupo de controlo</li> <li>▪ Analisar a eficácia do programa Anos Incríveis Básico para pais, a curto-prazo, na diminuição dos comportamentos opositivos da criança reportados pelas mães, por comparação com um grupo de controlo</li> <li>▪ Avaliar o impacto e a manutenção dos efeitos da intervenção a médio-prazo nas mães que participaram nos grupos de pais AI</li> <li>▪ Explorar a assiduidade e satisfação global com o programa das mães que participaram nos grupos de pais AI</li> </ul>	<b>II</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Examinar a eficácia do programa Anos Incríveis Básico para pais, a curto-prazo, na promoção de práticas parentais mais positivas nos pais-homens, por comparação com um grupo de controlo</li> </ul>	<b>III</b>

- Avaliar o impacto do programa Anos Incríveis Básico para pais, a curto-prazo, no sentimento de competência parental dos pais-homens, por comparação com um grupo de controlo
  - Analisar a eficácia do programa Anos Incríveis Básico para pais a curto-prazo, na diminuição dos comportamentos opositivos da criança reportados pelo pai, por comparação com um grupo de controlo
  - Avaliar o impacto e a manutenção dos efeitos da intervenção a médio prazo nos pais-homens que participaram nos grupos de pais AI
  - Explorar a assiduidade e satisfação global com o programa dos pais-homens que participaram nos grupos de pais AI
- 

Nota: Apesar de não corresponder a um objetivo da investigação, num primeiro momento, desenvolvemos um artigo de revisão da literatura, acerca da Perturbação de Oposição/Desafio, suas características, prevalência, curso e implicações que apresentamos no Capítulo 2.

### 3.2. Desenho metodológico

A investigação que aqui apresentamos assenta na utilização de um desenho misto, que incluiu um plano transversal e um plano longitudinal. O plano transversal teve como objetivo principal: o estudo comparativo dos progenitores a frequentar o programa AI-Básico com outro grupo aleatoriamente selecionado: progenitores que não frequentaram o programa AI-Básico, nem foram alvo de qualquer outro tipo de intervenção psicossocial ou farmacológica (grupo de controlo). O plano longitudinal pretendeu acompanhar o percurso dos progenitores que frequentaram o Programa AI Básico, analisando o impacto do programa, imediatamente após o final da intervenção e 12 meses após a avaliação inicial em diferentes variáveis relacionadas com os pais e com as crianças. A recolha de informação ocorreu em três tempos para o grupo de intervenção (GI) e em dois tempos para o grupo de controlo (GC): tempo 1 (T1) – avaliação realizada antes do início da intervenção (linha de base); tempo 2 (T2) – avaliação realizada imediatamente após o final do grupo (para os pais do GI) ou, no caso dos pais do GC, seis meses após a avaliação inicial; tempo 3 (T3) - 12 meses após a avaliação inicial.

Ao grupo de controlo foi oferecida, por razões éticas, intervenção imediatamente após T2, razão pela qual não foi incluído na avaliação no momento T3.

No Quadro 4 apresentamos esquematicamente os momentos de avaliação dos diferentes grupos.

**Quadro 4.** Desenho global da investigação

<b>Momentos</b>	<b>Dimensões Avaliadas</b>	<b>Instrumentos</b>
<b>T1: Avaliação Pré-Intervenção (linha de base)</b>		
	<b>Variáveis sociodemográficas e clínicas</b>	-Ficha de anamnese -Questionário sociodemográfico
	<b>Variáveis dos pais</b>	-Práticas parentais disfuncionais   PS -Competência Parental   PSOC -Ajustamento Psicológico   BDI -Intimidade Conjugal   PAIR -Parentalidade Positiva   DPICS <sup>4</sup> - <i>Coaching</i>   DPICS <sup>5</sup>
	<b>Variáveis da criança</b>	-Comportamentos de Oposição /Desafio   ECIP-Problemas de Comportamento   PACS
<b>T2: Avaliação Pós-Intervenção (Grupo de Intervenção e Grupo de Controlo)</b>		
	<b>Variáveis dos pais</b>	-Práticas parentais disfuncionais   PS -Competência Parental   PSOC -Ajustamento Psicológico   BDI -Intimidade Conjugal   PAIR -Parentalidade Positiva   DPICS - <i>Coaching</i>   DPICS
	<b>Variáveis da criança</b>	-Comportamentos de Oposição /Desafio   ECIP-2 -Problemas de Comportamento   PACS
<b>T3: Follow-Up 12 meses (Grupo de Intervenção)</b>		
	<b>Variáveis dos pais</b>	-Práticas parentais disfuncionais   PS -Competência Parental   PSOC -Ajustamento Psicológico   BDI -Intimidade Conjugal   PAIR -Parentalidade Positiva   DPICS - <i>Coaching</i>   DPICS
	<b>Variáveis da criança</b>	-Comportamentos de Oposição /Desafio   ECIP-2 -Problemas de Comportamento   PACS

Notas: PACS Guião de Entrevista Semiestruturada *Parental Account of Children's Symptoms*; ECIP Escalas de Comportamento para a Idade Pré-escolar – 2; DPICS Sistema de Codificação das Interações Mãe/Pai-Criança *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System*; PS Escala de Estilos Parentais; PSOC Escala de Sentido de Competência Parental; BDI Inventário da Depressão de Beck; PAIR Escala de Avaliação da Intimidade na Relação

<sup>4</sup> A observação da interação pais-filhos com recurso à grelha de observação do DPICS foi realizada apenas para as díades mãe-criança.



É reconhecido que os estudos longitudinais podem ser negativamente afetados por uma perda amostral ao longo do processo (Clark-Carter & Marks, 2004). Apesar de existirem diversas estratégias estatísticas para lidar com a ausência de dados na investigação (Hofer & Hoffman, 2007; Tabachnick & Fidell, 2007), é sempre desejável que a taxa de desistência seja baixa. De forma a minimizar o impacto do atrito ao longo dos diferentes momentos de avaliação e também procurando respeitar os princípios éticos que devem nortear a condução de qualquer processo de investigação, foram utilizadas algumas estratégias nomeadamente:

- A disponibilização de total informação acerca do processo de investigação, explicando desde o início a forma como o estudo iria decorrer ao longo do tempo e tudo o que seria solicitado aos participantes no decorrer da realização do estudo. Esta informação constava do Consentimento Informado (cf. Anexo F) assinado pelos participantes, sendo igualmente discutida oralmente no primeiro momento de avaliação.

- O envio, no segundo e terceiro momentos do processo de avaliação, de uma carta para os pais a solicitar que trouxessem preenchidos os questionários de pais e educadores quando se encontrassem com a equipa de avaliadores, para realização da avaliação da criança, entrevista aos pais e tarefa de observação da interação mãe-criança.

- A disponibilização da equipa para realizar as avaliações presenciais nos horários mais convenientes para os pais (por exemplo, Sábados e finais de tarde).

- O envio de mensagens de telemóvel no dia anterior à avaliação, para relembrar o horário da mesma.

- O envio de mensagens de telemóvel a solicitar o envio dos questionários, quando estes não eram recebidos no tempo previsto. Frequentemente, quando os questionários não eram recebidos após estes procedimentos, era realizado um telefonema para solicitar o seu envio. Estes pedidos terminavam, habitualmente, quando os participantes do estudo respondiam a estes contactos dizendo que já tinham enviado os questionários, que não os iriam enviar ou quando já tinha passado demasiado tempo desde o momento da avaliação (3/4 meses), o que tornava pouco fidedignas as perceções de pais e educadores.

- A atribuição de uma recompensa (livro de pintar) para a criança e do livro dos Anos Incríveis para os pais no final do segundo (e último) momento de avaliação do grupo de controlo; a atribuição de várias recompensas para pais e criança ao longo dos vários momentos de avaliação no grupo de intervenção, incluindo também a oferta do livro dos Anos Incríveis no último momento.

- O envio de postais de e-mails de Boas Festas, de modo a manter ao longo do tempo o contacto com os pais e a promover a manutenção da rede de suporte.

### 3.2.1 Participantes e procedimentos de recolha da amostra

O presente estudo fez parte de um estudo longitudinal mais global do projeto “Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: eficácia de programas parentais e escolares”, financiado, pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia e pelo FEDER-COMPETE, cujo objetivo foi estudar a eficácia dos Programas Anos Incríveis para Pais e Anos Incríveis para Professores em crianças em idade pré-escolar em risco de virem a desenvolver perturbações externalizantes do comportamento (PTDC/PSI-PED/102556/2008).

Nesta secção, apresentamos informação referente à amostra global, nomeadamente no que respeita aos procedimentos necessários para a sua recolha. Importa sublinhar que, com o objetivo de recolher o maior número e diversidade possível de famílias para fazerem parte da amostra, foram agendadas, numa primeira fase de divulgação do estudo, diversas reuniões para apresentação do projeto e distribuição de folhetos informativos (cf. Anexo G) em diferentes instituições públicas e privadas, designadamente: Consulta de Desenvolvimento e Consulta de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra; Centros de Saúde (N = 4), clínicas privadas com serviço de Pediatria (N = 12) do distrito de Coimbra; Direção Regional de Educação do Centro e jardins-de-infância da zona de Coimbra (N = 41). Paralelamente, foi também estabelecido um protocolo de colaboração com a Consulta de Pedopsiquiatria do Hospital Magalhães Lemos no Porto.

A amostra foi recolhida em Coimbra e no Porto, na Consulta de Desenvolvimento e na Consulta de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra, em Centros de Saúde do distrito de Coimbra, em clínicas privadas na mesma cidade, em diferentes jardins-de-infância do distrito de Coimbra e na Consulta de Pedopsiquiatria do Hospital Magalhães Lemos no Porto. Foi ainda colocado um anúncio num jornal diário, divulgando o projeto e disponibilizado um blog (<http://projectopaismaesincríveis.blogspot.pt/>) com informações acerca dos grupos de pais. Deste modo, a amostra teve origem em dois contextos: clínico e comunitário. A recolha da amostra decorreu entre Janeiro de 2009 e Setembro de 2011.

Com vista ao cumprimento dos objetivos da investigação, a amostra global foi constituída por dois grupos: um grupo de pais de crianças com sintomas de oposição/desafio e/ou comportamentos hiperativos que frequentaram o programa para Pais Anos Incríveis (grupo de intervenção) e um grupo de pais de crianças com sintomas de oposição/desafio e/ou comportamentos hiperativos que não foram alvo de qualquer tipo de intervenção (grupo de controlo). Para o recrutamento dos participantes de cada um dos grupos, foram estabelecidos critérios de inclusão, que são apresentados no Quadro 5.

**Quadro 5. Critérios de inclusão**

<b>Critérios de Inclusão Gerais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade da criança entre os 3 e os 6 anos</li> <li>• A criança não tem nenhum diagnóstico de Défice Cognitivo ou Perturbação Global do Desenvolvimento               <ul style="list-style-type: none"> <li>• A criança não está a ser alvo de qualquer outro tipo de intervenção psicológica ou psicofarmacológica</li> <li>• As crianças avaliadas pelos pais ou outros cuidadores pontuam acima do ponto de corte para a população portuguesa na Escala de Hiperatividade e/ou na Escala de Comportamento do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ; <i>Strenghts and Difficulties Questionnaire</i>, Goodman, 1997; versão portuguesa de Fleitlich, Loureiro, Fonseca, &amp; Gaspar, 2005)                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os pais ou outros cuidadores têm capacidade para ler em Português</li> <li>• Os pais ou outros cuidadores estão interessados e disponíveis para participar num programa de intervenção parental com a duração de 14 semanas;</li> <li>• Os pais ou outros cuidadores dão consentimento por escrito para participar num estudo aleatorizado e com diferentes fases de avaliação.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<b>Critério de Inclusão para o Estudo com Crianças com Comportamentos de Oposição/Desafio</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- As crianças pontuam, avaliadas pela mãe, acima do ponto de corte para a população portuguesa nas subescalas Oposição/Explosivo e/ou Antisocial/Agressivo da Escala de Comportamento para a Idade Pré-escolar ([PKBS-2] <i>Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition</i>; Merrell, 2002; Versão Portuguesa de Major, 2011]</li> </ul>

De notar que a exclusão de crianças com os diagnósticos de Défice Cognitivo ou Perturbação Global do Desenvolvimento prendeu-se com o facto de poderem necessitar de outro tipo de intervenção, para além da intervenção parental, bem como de adaptações específicas do programa face às suas características desenvolvimentais, pelo que representam desafios acrescidos para pais e clínicos (Roberts & Pickering, 2010). Por outro lado, a exclusão de crianças em acompanhamento prendeu-se unicamente com o desenho e objetivos da investigação (avaliar a eficácia de um programa de intervenção em comparação com um grupo de controlo), no sentido de não confundir os eventuais efeitos de diferentes tipos de intervenção.

O recrutamento envolveu duas etapas: em primeiro lugar, foi utilizado um questionário de triagem geral, a versão portuguesa do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ; *Strenghts and Difficulties Questionnaire*, Goodman, 1997; versão portuguesa de Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005). No total, para o estudo mãe, 455 famílias preencheram o questionário de triagem (cf. Figura 5 para descrição mais detalhada da composição da amostra ao longo dos diferentes momentos de avaliação). Seguidamente, caso as crianças, avaliadas pelas mães, pontuassem no ou acima do ponto de corte para a população portuguesa nas escalas de Hiperatividade e/ou de Problemas de Comportamento ( $Hi \geq 7$  or  $CP \geq 5$ ; Abreu-Lima et al., 2010) deste questionário, os

pais eram convidados para uma entrevista conduzida por dois psicólogos. Estes conduziram uma breve entrevista com o casal (ou apenas com a mãe, caso o pai não estivesse presente), na qual eram apresentados aos pais os objetivos da investigação, os papéis dos investigadores e dos participantes e recolhida de forma breve, a história clínica e médica da criança. Entre outros aspetos, foram dadas algumas informações sobre a participação no estudo (e.g., contacto dos participantes em diferentes momentos, garantia de confidencialidade). Os casais/as mães que aceitaram participar na investigação preencheram e assinaram o formulário de consentimento informado. Das 197 famílias que preencheram os critérios do SDQ, 15 não quiseram iniciar o processo de avaliação, 49 desistiram antes da avaliação estar finalizada e oito preencheram os critérios de exclusão (uma por diagnóstico de Perturbação do Espectro Autista; uma por dificuldades cognitivas da mãe que comprometiam as suas capacidades de literacia; duas por atraso severo no desenvolvimento que implicavam um acompanhamento sistemático individual da criança; uma por ter mais de seis anos de idade; duas por estarem medicadas com psicoestimulantes e uma outra por estar a ser alvo de intervenção psicológica).

Posteriormente, caso aceitassem, os pais e crianças completavam uma avaliação de cerca de duas horas, realizada por dois outros membros da equipa de investigação (um avaliava a mãe e/ou outro membro do agregado familiar que quisesse fazer parte dos grupos de pais e outro a criança). As avaliações decorreram na Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra (FPCEUC) e no Hospital Magalhães Lemos, no Porto, em dois momentos para o Grupo de Controlo (um primeiro momento antes do início da intervenção e um segundo momento seis meses após a avaliação na linha de base) e em três momentos para o Grupo de Intervenção (um primeiro momento antes do início da intervenção; um segundo momento seis meses após a avaliação na linha de base; um terceiro momento doze meses após a avaliação na linha de base).

No total, e após todas as avaliações estarem finalizadas, 125 famílias preencheram critérios de inclusão para o projeto e foram aleatoriamente distribuídas para fazer parte do grupo de intervenção (N = 69) ou do grupo de controlo (N = 56). As famílias foram aleatorizadas por sexo e idade da criança e foram feitos todos os esforços (por exemplo, solicitando a cada família que não informasse as avaliadoras do grupo a que pertenciam) para que, na avaliação da linha de base e na avaliação realizada imediatamente após o final do programa, as investigadoras responsáveis pela aplicação dos instrumentos não soubessem a que grupo pertencia cada família avaliada.

Das 125 famílias avaliadas, 101 foram consideradas elegíveis para participar na investigação que descrevemos na presente dissertação (sub-amostra de risco ODD), ou seja, as crianças, avaliadas pelas mães, pontuaram no ou acima do ponto de corte para a população portuguesa nas sub-escalas da Escala de Comportamento para a Idade Pré-escolar ([PKBS-2]

Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition; Merrell, 2002; Versão Portuguesa de Major, 2011] Oposição/Explosivo (O/E  $\geq 19$ ) e/ou Antissocial/Agressivo (A/A  $\geq 14$ ): 55 no grupo experimental e 46 no grupo de controlo

Emboras as mães sejam o foco principal deste trabalho, uma vez que são elas, na maior parte dos casos, as principais cuidadoras dos filhos, todos os pais-homens (e outros membros do agregado familiar da criança com uma participação ativa e regular no seu dia-a-dia) foram convidados a participar nos grupos de pais. Por razões éticas, tal como já foi referido, as famílias do grupo de controlo foram convidadas a participar num grupo de pais Anos Incríveis imediatamente após o segundo momento de avaliação (seis meses após a avaliação da linha de base).

Das 101 crianças que constituíram a amostra deste trabalho de investigação, 73% eram do sexo masculino. A média de idades das crianças foi de 55.8 meses (DP = 11.27). Em relação aos principais cuidadores das crianças, todos eram mulheres (94% mães biológicas, 4% mães adotivas e 2% avós maternas) com uma média de idades de 34.76 anos (DP = 5.48). Neste estudo participaram ainda 36 pais (24 no grupo experimental e 12 no grupo de controlo). Uma descrição mais completa e pormenorizada das características sociodemográficas de cada um destes grupos é apresentada nos estudos empíricos que constituem a terceira parte deste trabalho (Estudo II: mães do grupo de intervenção e grupo de controlo; Estudo III: pais-homens do grupo de intervenção e do grupo de controlo).

A todos aqueles que aceitaram participar na investigação, foi-lhes pedido o preenchimento do formulário de consentimento informado (cf. Anexo F). A informação disponibilizada no documento de consentimento foi também explicada oralmente, para possibilitar o esclarecimento de dúvidas e foi ainda garantido o acesso fácil aos resultados obtidos através da construção de um blog para esse mesmo efeito. A utilização do programa AI-Básico foi autorizada pela autora (Carolyn Webster-Stratton) e o projeto geral foi também aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Magalhães Lemos e garantida a proteção e confidencialidade dos dados dos sujeitos através da aprovação do estudo pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd).

### **3.2.2. Intervenção: Programa Básico para Pais Anos Incríveis**

A intervenção parental, com grupos de 9 a 12 pais, decorreu no Centro de Prestação de Serviços à Comunidade da FPCEUC e no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Magalhães Lemos no Porto. Todos os grupos (no total de 11 grupos: 2 no Porto e 9 em Coimbra) foram liderados por dois líderes previamente treinados no programa AI-Básico (6 líderes de grupos de pais AI foram

envolvidos neste estudo: 2 no Porto e 4 em Coimbra). As sessões decorreram ao longo de 14 semanas consecutivas e tiveram uma duração de duas horas, aproximadamente.

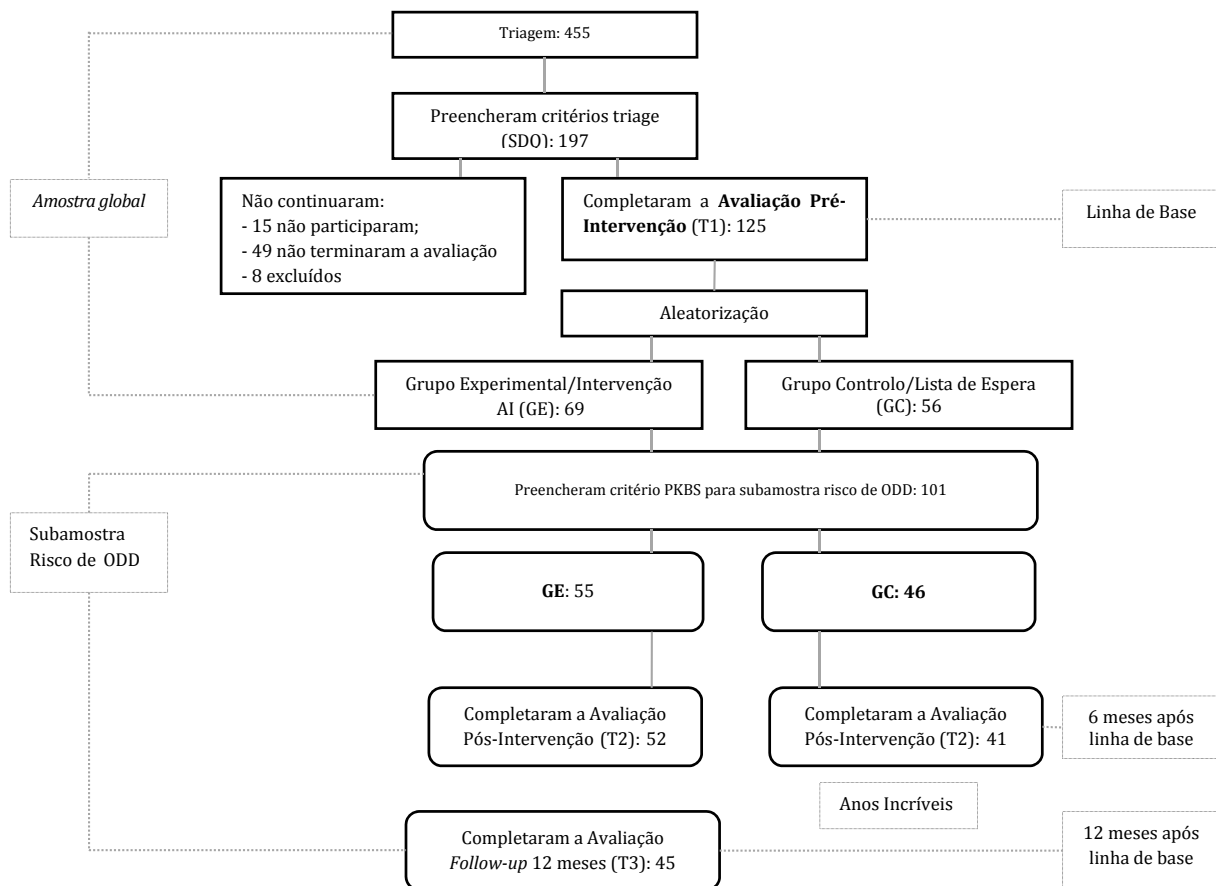
Com o objetivo de assegurar a presença e o envolvimento do maior número possível de pais e cumprindo os procedimentos sugeridos pela autora do programa (Webster-Stratton, 2012), as sessões decorreram ao final do dia, em horário pós-laboral (entre as 18.00h e 20.00h em Coimbra; entre as 17.00h e as 19.00h no Porto). Para além disto, foi disponibilizado serviço de *babysitting* gratuito para todas as crianças do agregado familiar; e foi oferecido um lanche leve a todos os participantes. Semanalmente, os líderes do grupo telefonavam a cada mãe ou pai e sempre que um elemento do grupo faltava, os materiais da sessão eram-lhe enviados por correio ou *email*. Paralelamente, esse elemento era convidado a vir mais cedo na sessão seguinte, de forma a serem revistos os tópicos principais da sessão à qual tinha faltado (Webster-Stratton, 2001). Três e nove meses após o final do programa, foram ainda realizadas duas sessões de seguimento (*booster sessions*) com o objetivo de rever os princípios e estratégias fundamentais da intervenção. Desta forma, procurámos manter os ganhos terapêuticos alcançados, prevenir recaídas e reforçar as competências parentais e da rede de suporte através do grupo (e.g., Posthumus, Raaijmakers, Maassen, Engeland, & Matthys, 2011).

Os educadores de infância das crianças cujos pais pertenciam ao grupo experimental (excetuando os grupos realizados no Porto) foram convidados a assistir a uma breve sessão de esclarecimento sobre os princípios e objetivos fundamentais do programa Anos Incríveis - Básico, que decorreu entre a sexta e a oitava sessão do grupo de pais.

Para garantir os pressupostos de fidelidade e integridade na aplicação deste protocolo de intervenção manualizado (e.g., Hutchings & Gardner, 2012): (a) os líderes dos grupos eram todos profissionais com ampla experiência nas áreas da Psicologia/Psiquiatria e Psicoterapia; (b) tinham dinamizado anteriormente pelo menos um grupo de pais AI; (c) frequentaram a formação inicial para Líder de Grupo de Pais ministrada durante 3 dias, orientada por um Mentor autorizado da agência dos Anos Incríveis (<http://incredibleyears.com/certification-gl/application-information>); (d) eram líderes certificados no programa AI-Básico ou líderes em processo de certificação; (e) a maioria das sessões de grupo foi filmada para autoavaliação semanal, bem como para supervisão periódica entre os membros da equipa (<http://incredibleyears.com/resources/gl/measure-and-forms>) e para suporte por membros externos da agência dos Anos Incríveis. Igualmente no sentido de garantir a implementação fidedigna, todos os materiais da intervenção estavam traduzidos em português e eram estandardizados entre os grupos. No final de cada sessão, os líderes preenchiam um questionário elaborado pela autora do programa para avaliar se todos os tópicos da sessão tinham sido

abordados ou o que tinha sido deixado para a sessão seguinte (cf. Anexo D) e analisavam os questionários de satisfação semanal preenchidos pelos pais (cf. Anexo A).

Na Figura 4 apresentamos o fluxograma dos diferentes momentos de seleção da amostra e participação dos grupos ao longo dos diferentes momentos de avaliação.



**Figura 4.** Fluxograma da amostra

Nota: os números da amostra apresentados nesta secção correspondem à amostra total recolhida; para os diferentes estudos empíricos, a amostra utilizada varia em função dos objetivos do estudo, das variáveis e dos momentos de avaliação considerados.

### **3.3. Dimensões avaliadas e instrumentos utilizados – Protocolo de avaliação**

Com o propósito de cumprir os objetivos anteriormente descritos, os participantes dos grupos experimental e de controlo responderam a um protocolo de avaliação, nos diferentes momentos, composto por um conjunto de questionários de autorresposta que visavam avaliar diferentes dimensões dos pais, bem como a sua perceção do comportamento dos filhos. Para além dos questionários, todos os cuidadores que participaram na investigação foram ainda alvo de uma entrevista clínica e as mães participaram numa tarefa de observação da interação mãe-criança.

Deste modo, foi utilizada uma abordagem de avaliação multidimensional, que permitiu ter em consideração diferentes variáveis dos pais e das crianças. Adicionalmente, foi também solicitado aos educadores de infância o preenchimento de dois questionários de avaliação comportamental da criança, obtendo-se assim uma visão de múltiplos informadores.

No Quadro 6, para dar ao leitor uma panorâmica geral dos instrumentos utilizados nos diferentes momentos de avaliação, apresentamos o conjunto de instrumentos utilizados para ambos os grupos.



**Quadro 6.** Dimensões avaliadas e instrumentos utilizados na investigação

	Grupo de Intervenção			Grupo de Controlo	
	M1	M2	M3	M1	M2
<b>Dados Sociodemográficos e clínicos</b>					
Ficha de dados sociodemográficos	*			*	
Questionário de anamnese	*			*	
<b>Avaliação do comportamento da criança</b>					
SDQ (versão pais e educadores) [ <i>Questionário de Capacidades e Dificuldades, Versão para pais 3/4 e versão para Professores 3/4 ([SDQ] Strengths and Difficulties Questionnaire; Goodman, 2001; VP<sup>a</sup> de Fleitlich, Loureiro, Fonseca &amp; Gaspar, 2005)</i> Subescalas: Problemas de Comportamento, Hiperatividade	*			*	
PKBS (versão pais e educadores) [ <i>Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar - 2 (ECIP-2) ([PKBS-2] Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition; Merrell, 2002; VP de Major, 2011)</i> Subescalas: Aptidões Sociais, Opositivo/Explosivo, Antissocial/Agressivo	*	*	*	*	*
PACS [ <i>Entrevista semiestruturada Parental Account of Children's Symptoms: Versão para idade pré-escolar (PACS; Taylor, Schachar, Thorley &amp; Wiselberg, 1986; TP da PACS para idade pré-escolar de Azevedo, Seabra-Santos &amp; Gaspar, 2008)</i> ] Subescalas: Problemas de Comportamento	*	*	*	*	*
<b>Práticas Educativas</b>					
PS [ <i>Escala de Estilos Parentais ([PS] Parenting Scale, Arnold, O'Leary, Wolff &amp; Acker, 1993; TP de Gaspar, 2007)</i> Subescalas: Laxismo, Verbosidade, Sobrereatividade	*	*	*	*	*
<b>Competência Parental</b>					
PSOC	*	*	*	*	*

[Escala de Sentido de Competência Parental ([PSOC] Parenting Sense of Competence Scale; Johnston & Mash, 1989; [versão original de Guibaud-Wallston & Wandersman, 1978]; TP de Seabra-Santos & Pimentel, 2007)]

Subescalas: Eficácia, Competência

#### **Perturbação Emocional dos Pais**

BDI \* \* \* \* \*

[Inventário da Depressão de Beck ([BDI]; Beck Depression Inventory; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; VP de Vaz Serra & Pio Abreu, 1973) ]

#### **Intimidade Conjugal**

PAIR \* \* \* \* \*

[Escala de Avaliação da Intimidade na Relação ([PAIR] Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale; Schaefer e Olson, 1981; VP de Moreira & Canavarro, 2007)]

Subescalas: Validação Pessoal, Comunicação, Abertura ao Exterior

#### **Observação da Interação Pais-Filhos**

DPICS \* \* \* \* \*

[Sistema de Codificação da Interações Mãe/Pai- Criança ([DPICS] Dyadic Parent-Child Interaction Coding System; Robinson & Eyberg, 1981) ]

Categorias: Parentalidade positiva, comentários descritivos

#### **Avaliação da Satisfação com o Programa**

Questionário de avaliação semanal do programa para pais (Parent Programme Weekly Evaluation Form; Webster-Stratton, 2001) \* \*

Questionário de avaliação final do programa para pais (Incredible Years Parent Programme Satisfaction Questionnaire; Webster-Stratton, 2001)

Notas

<sup>a</sup> VP = Versão Portuguesa

TP = Tradução Portuguesa

A escala convencionalidade (PAIR) não foi utilizada neste estudo dado que se refere à tendência dos participantes avaliados manifestarem resposta com elevada desajabilidade social

De seguida, encontra-se uma breve descrição dos instrumentos utilizados na presente investigação. Estes instrumentos estão descritos de uma forma mais pormenorizada nos três estudos empíricos realizados e o protocolo completo de investigação utilizado no projeto encontra-se disponível para consulta nos anexos deste trabalho (cf. Anexo E) e pode ser acedido em <http://fpce.uc.pt/anosincríveis/protocolo.doc>. Este documento, para além da descrição completa dos instrumentos de avaliação, compreende uma revisão de alguns dos estudos realizados com esses instrumentos em Portugal.

Para avaliação das diferentes áreas do estudo, recorreremos a diversos instrumentos de avaliação standardizados que mostraram qualidades psicométricas adequadas em estudos internacionais semelhantes, alguns deles estudados em Portugal e outros traduzidos pela nossa equipa de investigação e estudados posteriormente em amostras portuguesas.

Para recolher informação acerca dos dados sociodemográficos e clínicos da criança, foram elaborados uma Ficha de Anamnese e um Questionário de Dados Sociodemográficos, com base na Incredible Years Demographic Form (<http://www.incredibleyears.com/measures/em.asp>).

A **ficha sociodemográfica** incluía dados como a idade dos progenitores, estado civil, habilitações literárias, estatuto socioeconómico e os elementos que constituem o agregado família. Os dados referentes ao NSE e à área de residência foram codificados por nós utilizando sistemas de codificação pré-estabelecidos. O NSE foi categorizado em três níveis (Baixo, Médio e Alto) de acordo com a proposta elaborada por Simões (1994), que utiliza a informação da profissão e da escolaridade neste cálculo, tendo por base as informações referentes aos dois membros do casal (de forma a que a classificação do NSE fosse mais precisa e comum ao casal). A área de residência foi codificada com base na Tipologia das Áreas Urbanas (TIPAU), definida pelo Instituto Nacional de Estatística (2009), utilizando a freguesia de residência do casal. Esta codificação utiliza as freguesias como unidade de análise e classifica as áreas de residência com base em três tipologias: área predominantemente urbana, área mediamente urbana e área predominantemente rural.

Relativamente aos dados clínicos, trata-se de informação que diz respeito à história clínica e de desenvolvimento da criança. Esta informação foi recolhida através de uma entrevista semiestruturada feita com os cuidadores da criança, onde foram explorados dados sobre o seu desenvolvimento psicomotor e emocional, fatores de risco durante a gravidez, questões de saúde da criança e de outros elementos da família, existência ou não de sinalização prévia de dificuldades comportamentais por parte do contexto educativo, entre outros aspetos considerados pertinentes para o desenvolvimento infantil. Esta entrevista permitiu também o estabelecimento da relação entre o entrevistador e os pais, possibilitando-lhes abordarem as principais preocupações que tinham com os filhos antes de lhes ser pedido que preenchessem os questionários que constituíam

o protocolo de avaliação. Esta abordagem permitiu ainda aumentar o envolvimento dos cuidadores ao longo do processo de avaliação e intervenção (Forehand & Kotchick, 2002; Koerting et al., 2013).

Para a triagem geral de crianças em risco de virem a desenvolver problemas disruptivos do comportamento, utilizámos a versão Portuguesa (Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2005) do **Questionário de Capacidades e Dificuldades** (SDQ; Goodman, 2001). Trata-se de um questionário de despiste comportamental, utilizado em diversas investigações na área dos problemas de comportamento externalizante (e.g., Hutchings et al., 2007; Jones, Daley, Hutchings, Bywater, & Eames, 2007) que pode ser aplicado a pais, educadores e professores. Avalia a ocorrência de determinados comportamentos que têm sido associados aos problemas de comportamento, hiperatividade, sintomas emocionais e problemas na relação com os pares. Para além disso, avalia os comportamentos pró-sociais da criança e inclui um suplemento sobre o impacto dos problemas em diferentes áreas do funcionamento da criança.

Como segundo questionário de triagem, a partir do qual se definiu a subamostra deste estudo, utilizámos a versão portuguesa (Major, 2011) das **Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar - 2** (PKBS-2, Merrell, 2002), designadamente, as duas subescalas relacionadas com a avaliação de Problemas Externalizantes: a sub-escala Oposição/Explosivo; e a sub-escala Antissocial/Agressivo e também a escala de Aptidões Sociais.

Com o objetivo de obtermos uma avaliação multimodal, foi também utilizada uma entrevista estandardizada e semiestruturada, para avaliação dos sintomas de hiperatividade e dos problemas de comportamento tal como são observados pelos cuidadores da criança. O **Guião de Entrevista semiestruturada PACS** (Taylor, Schachar, Thorley, & Wiselberg, 1986) contempla duas dimensões, hiperatividade (HI) e problemas de comportamento (CP), e para cada uma delas inclui um item que avalia o grau de interferência ou impacto dos sintomas.

A importância de considerar não só medidas da criança, mas também medidas de avaliação do resultado da intervenção parental nos pais, justificou a inclusão de variáveis relacionadas com os estilos educativos e a competência parental, o ajustamento psicológico e a qualidade conjugal. De facto, estas variáveis, consideradas fatores de risco para a emergência e manutenção da ODD, têm sido alvo de inúmeros estudos (Hutchings, Bywater, Williams, Lane, & Whitaker, 2012; Katz & Gottman, 1994; Webster-Stratton & Reid, 2010), justificando-se assim a pertinência da sua análise no nosso trabalho.

Assim, para avaliar a forma como os pais recorrem a práticas disciplinares disfuncionais, foi utilizada a **Escala de Estilos Parentais** (PS; Arnold, O'Leary, Wolff, & Acker, 1993). Esta escala avalia três dimensões diferentes, ou seja, três tipos de práticas disciplinares disfuncionais, mais

especificamente, práticas baseadas no Laxismo (LAX), na Sobrerreatividade (OVER) e na Verbosidade (VERB).

Paralelamente, com o objetivo de avaliar a auto-estima parental, designadamente, os sentimentos de satisfação (SAT) e eficácia (EFFIC) dos cuidadores da criança no desempenho do seu papel parental, antes e depois da intervenção, foi utilizada a **Escala de Sentido de Competência Parental** (PSOC; Johnston & Mash, 1989).

O **Inventário de Depressão de Beck** (BDI; Beck Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) permitiu-nos avaliar o ajustamento psicológico dos pais, nomeadamente a presença de sintomatologia depressiva. De facto, estudos recentes sugerem que a intervenção parental pode contribuir para a diminuição da sintomatologia depressiva, sobretudo na mãe, e esta diminuição funcionar como fator mediador dos resultados do tratamento na criança (e.g., Hutchings, et al., 2012).

A relação conjugal é igualmente uma das dimensões fundamentais a considerar no estudo de famílias com crianças que apresentam sintomas de ODD, tornando a sua avaliação duplamente importante: por um lado, pelo impacto que esta variável pode ter na emergência e manutenção desta perturbação (Katz & Gottman, 1994); por outro lado, pela forma como a existência de uma criança com dificuldades comportamentais pode afetar a qualidade da relação conjugal (Linville et al., 2010). A versão portuguesa (Moreira & Canavarro, 2007) da **Escala de Avaliação da Intimidade na Relação** (PAIR, Schaefer e Olson, 1981) foi utilizada para avaliar o grau em que cada parceiro se sentia íntimo nas várias dimensões da sua relação.

Finalmente, como medida de observação direta da interação da criança com a mãe, foi utilizado o **Sistema de Codificação das Interações Mãe/Pai- Criança** (DPICS; Eyberg & Robinson, 1981) amplamente utilizado em diferentes investigações nesta área (e.g., Jones et al., 2007; Webster-Stratton, Reid, & Beauchaine, 2012). Através de uma situação social estandardizada, onde a criança brinca com a mãe, foi possível avaliar diferentes dimensões do comportamento da mãe (parentalidade positiva [PP], comentários descritivos e *coaching* [COACH]) em três momentos diferentes: quando a criança lidera a brincadeira; quando a mãe lidera a brincadeira e quando a criança tem de arrumar os brinquedos.

A satisfação dos pais em relação ao programa AI foi avaliada semanalmente, através do **Questionário de Avaliação Semanal** do programa para pais (Webster-Stratton, 2001) cujo objetivo é avaliar a satisfação em relação aos diferentes componentes do programa: conteúdo, DVDs, *role-play*, líderes e discussão no grupo. Após a 14 semanas de intervenção, foi ainda aplicado um **Questionário de Avaliação Final** do programa para pais (Webster-Stratton, 2001) que permite avaliar de forma detalhada o programa Anos Incríveis em geral e, especificamente, a

utilidade e dificuldade dos métodos e estratégias desenvolvidas, as competências dos dinamizadores e o apoio recebido do grupo de pais.

### **3.4. Cumprimento dos princípios éticos**

A preocupação e o respeito pelos princípios éticos na investigação científica nortearam a condução de todo o processo de investigação. Assim, ao definirmos as opções metodológicas, procurámos ter sempre em consideração as recomendações éticas de associações científicas internacionais importantes – Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2000) e Associação Americana de Psicologia [APA] (2010) – tal como as recomendações do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011).

No cumprimento de princípios éticos, foram efetuadas diferentes diligências. Assim, no que diz respeito ao desenvolvimento e proposta da investigação, procedemos à avaliação de potenciais riscos e benefícios em que os participantes poderiam incorrer. Esta reflexão foi efetuada com recurso a literatura da área e no contexto da equipa de investigadores do projeto. Posteriormente, o protocolo de investigação foi submetido à aprovação pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) e pela comissão de ética do Hospital Magalhães Lemos, no Porto instituição onde decorreu o estudo, tal como já foi referido.

Após a aprovação do projeto de investigação, passámos à sua implementação na Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra e no Hospital Magalhães Lemos, no Porto.

Na condução do estudo, foram tidos em conta os seguintes princípios:

- **Consentimento informado:** Todos os participantes preencheram um consentimento informado, tal como já foi explicado. Este documento, que pode ser consultado em anexo (cf. Anexo F), descrevia os objetivos, duração e metodologia utilizada no estudo. Nele era ainda assegurada a confidencialidade da informação dos participantes.
- **Proteção dos participantes:** Foi assegurada a proteção da vida, saúde, dignidade, integridade, direito à autodeterminação, privacidade e confidencialidade dos dados pessoais dos participantes.
- **Garantia da confidencialidade:** A confidencialidade foi assegurada através da atribuição de um número de código aos sujeitos, inscrito no protocolo de avaliação, para que não pudessem ser identificados por outras pessoas que não as da equipa de investigação.
- **Garantia da participação voluntária:** Foi igualmente assegurado que a participação era absolutamente voluntária.

- **Pertinência dos objetivos da investigação:** A investigação foi desenvolvida procurando estar conforme os princípios gerais da investigação e com base numa revisão da literatura sólida, de modo a recolher apenas a informação que serviria os propósitos da investigação.

Finalmente, a nossa preocupação com o respeito pelas recomendações éticas estendeu-se também à divulgação dos resultados, para a comunidade científica (publicações, comunicações em congressos) e para o público em geral. Assim, sempre que apresentámos resultados da nossa investigação, procurámos reportá-los de forma objetiva e precisa, tentando sempre adequar o estilo de comunicação ao público-alvo (comunidade científica vs. população geral) com o objetivo de minimizar a possibilidade de interpretações erradas dos resultados.

Adicionalmente, disponibilizámos aos participantes informação acerca dos resultados e/ou principais conclusões da investigação, através da página web (<http://projectopaismaesincriveis.blogspot.pt/>).

### **3.5. Análises estatísticas**

Apesar de cada estudo empírico apresentar, em secção própria, as análises estatísticas utilizadas e a sua justificação, consideramos pertinente referir aqui alguns aspetos gerais sobre este tópico.

A presente investigação assenta nos objetivos específicos explicitados, que implicam a utilização de diferentes técnicas de análise estatística. A seleção das análises estatísticas mais adequadas depende da consideração simultânea dos objetivos e das hipóteses a testar, mas também da natureza e características dos dados.

Para dar resposta aos diferentes objetivos, à semelhança de outros estudos de referência nesta área (Hutchings et al., 2007; Larsson et al, 2008; Posthumus, et al., 2011) utilizámos testes estatísticos para análise da variância para medidas repetidas, utilizando o General Linear Model, designadamente, MANOVAs e ANOVAs, que permitiram fazer comparações das diferentes variáveis em função do grupo (grupo clínico vs. controlo; Estudos Empíricos II, III) e ao longo do tempo (resultados no M2 vs. resultados no M3; Estudo Empírico II, III). Esta opção foi baseada no facto deste ser um dos procedimentos mais robustos para este tipo de comparações e ter capacidade para aumentar o poder estatístico das análises (Field, 2009; Tabachnick & Fidell, 2007). Nas análises com um único grupo em múltiplos momentos, utilizou-se uma abordagem restritiva, de correção dos graus de liberdade, através do teste de Greenhouse and Geiser

(Tabachnick & Fidell, 2007). Para analisar o acordo inter-informadores foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) e o coeficiente de correlação de Spearman.

Paralelamente, para averiguar a equivalência dos grupos (controle e experimental) na linha de base, foram utilizados testes paramétricos, como o  $t$  de Student para amostras independentes (variáveis contínuas), e testes não paramétricos, como o Qui-quadrado (variáveis categoriais).

Foram ainda utilizados outros testes não paramétricos (e.g., Mann-Whitney, McNemar) quando as variáveis em causa eram categoriais.

O coeficiente de correlação intraclasse, que avalia a consistência entre medidas do mesmo construto (Field, 2009), foi utilizado nos estudos do acordo entre informadores. O coeficiente alfa de Cronbach foi utilizado para calcular os coeficientes de consistência interna dos instrumentos utilizados na nossa amostra.

### 3.5.1. Análises de poder estatístico e a magnitude do efeito

Na análise dos resultados deste trabalho, procedemos ao cálculo do poder estatístico *a posteriori* para os diferentes testes realizados, utilizando o programa G\*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007). Este cálculo permite identificar qual é a magnitude do efeito detetada para cada teste estatístico, considerando o nível de poder (.80), o nível de significância ( $p < .05$ ) e o tamanho da amostra; os resultados são apresentados em cada estudo empírico. De forma geral, para a nossa amostra, verificámos que os testes estatísticos apresentam um poder que permite a deteção de efeitos de magnitude média a elevada; neste sentido, a presença de alguns efeitos pequenos pode não ter sido detetada, devido ao tamanho da nossa amostra. Para tentar contornar essa limitação, apesar de considerarmos o nível de significância convencional, reportamos também efeitos marginalmente significativos ( $p < .10$ ), alertando para efeitos que se podem revelar significativos se os testes forem replicados em amostras maiores.

Para além do poder estatístico, apresentamos também, tal como recomendado pela APA (2010), a estimação da magnitude do efeito dos resultados encontrados, bem como a interpretação dessa magnitude (efeitos pequenos, médios ou grandes). De forma geral, para os testes de comparação de médias utilizámos o eta-quadrado parcial ( $\eta^2$ ). Esta informação complementa a informação da significância estatística de um determinado teste, ao indicar-nos a relevância prática do resultado, ou seja, se o efeito significativo encontrado é pequeno, médio ou grande. O eta-quadrado parcial ( $\eta^2$ ) foi interpretado de acordo com uma das grelhas proposta por Cohen (Cohen, 1988): 0.01 corresponde a uma magnitude pequena, 0.06 magnitude média e 0.14 magnitude elevada



Para lidar com o atrito experimental, e com base em estudos similares (e.g., Jones et al., 2007; Hutchings et al., 2007), assim como nas diretrizes do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) para estudos com amostras aleatoriamente distribuídas (Schulz, Douglas, & David, 2010) usámos, para além da análise dos dados existentes (análise *per protocol*), a análise *intention-to-treat* (ITT), através da qual considerámos todos os casos e assumimos a ausência de mudança em relação a última avaliação disponível (Hollis & Campbell, 1999). Nos estudos longitudinais, apenas as variáveis que demonstraram efeitos de interação significativos ou marginalmente significativos da avaliação pré para a pós-intervenção foram incluídas, uma vez que a ausência de um grupo de controlo no terceiro momento da avaliação poderia enviesar a interpretação dos resultados (Webster-Stratton et al., 2012) e aumentar a probabilidade de ocorrência de erro de tipo I.

## Referências Bibliográficas

Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M., & Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório*. Retirado de [http://www.cnpcjr.pt/preview\\_documentos.asp?r=3493&m=PDF](http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF)

American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington, DC: Author.

Arnold, D., O'Leary, S., Wolff, L., & Acker, M. (1993). The parenting scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment, 5*, 137-144. doi:10.1037/1040-3590.5.2.137

Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Bywater, T., Hutchings, J., Daley, D., Whitaker, C., Yeo, S., Jones, K., ... Edwards, R.T. (2009). Long-term effectiveness of a parenting intervention in Sure Start services in Wales for children at risk of developing conduct disorder. *British Journal of Psychiatry, 195*, 318-324. doi:10.1192/bjp.bp.108.056531

Clark-Carter, D., & Marks, D. F. (2004). Analysis of questionnaire and survey data. In D. F. Marks, & L. Yardley (Eds.), *Research methods of clinical and health psychology* (pp. 145-165). London: SAGE Publications.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175-191. doi: 10.3758/BF03193146

Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). *Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Port)* [Strengths and Difficulties Questionnaire, Portuguese Version]. Retirado de [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org).

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (and sex and drugs and rock'n'roll)* (3rd ed.). London: Sage.

Forehand, R., & Kotchick, B. (2002). Behavioral parent training: Current challenges and potential solutions. *Journal of Child and Family Studies, 11*, 337-384. doi: 10.1023/A:1020913422609

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, 581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x

Hollis, S., & Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 319, 670-674. doi:10.1136/bmj.319.7211.670

Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., & Edwards, R. (2007). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: Pragmatic randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 334, 678-682. doi:10.1136/bmj.39126.620799.55

Hutchings, J., Bywater, T., Williams, M., Lane, E., & Whitaker, C. (2012). Improvements in maternal depression as a mediator of child behaviour change. *Psychology*, 3, 795-801. doi: 10.4236/psych.2012.329120

Hutchings, J., & Gardner, F. (2012). Support from the Start: Effective programs for three to eight year-olds. *Journal of Child Services*, 7, 29-40. doi: 10.1108/17466661211213652

Hofer, S., & Hoffman, L. (2007). Statistical analysis with incomplete data: A developmental perspective. In T. D. Little, J. A. Bovaird, & N. A. Card (Eds.), *Modeling contextual effects in longitudinal studies* (pp. 13-32). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Johnston, C., & Mash, E. (2001). Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207. doi: 10.1023/A:1017592030434

Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2007). Efficacy of the Incredible Years Basic parent training program as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: Care, Health and Development*, 33, 749-756. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00747.x

Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009). *Tipologia de áreas urbanas (TIPAU)*. Retirado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_cont\\_inst&INST=6251013&xlang=p](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&INST=6251013&xlang=p)

Katz, L. F., & Gottman, J. M. (1994). Marital conflict styles and children's emotions. In R. Parke & S. Kellam (Eds.), *Exploring family relationships with other social contexts* (pp. 49-74). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Press.

Koerting, J., Smith, E., Knowles, M. M., Latter, S., Elsey, H., McCann, D., ... Sonuga-Barke, E. J. (2013). Barriers to, and facilitators of, parenting programmes for childhood behaviour problems: a qualitative synthesis of studies of parents' and professionals' perceptions. *European Child and Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-013-0401-2

Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M., Handegard, B., & Morch, W. (2008). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry, 18*, 42-52. doi: 10.1007/s00787-008-0702-z

Linville, D., Chronister, K., Dishion, T., Todahl, J., Miller, J., Shaw, D., Gardner, F. and Wilson, M. (2010). A longitudinal analysis of parenting practices, couple satisfaction, and child behavior problems. *Journal of Marital and Family Therapy, 36*, 244-255. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00168.x

Major, S. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese não publicada), Universidade de Coimbra, Coimbra. Retirada de [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese\\_Sofia%20Major.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese_Sofia%20Major.pdf)

Major, S., & Seabra-Santos, M. J. (2014, in press). Pais e/ou professores? Acordo entre informadores na avaliação socioemocional pré-escolar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*

McGilloway, S., Mhaille, G., Bywater, T., Furlong, M., Leckey, Y., Kelly, P., Comiskey, C., & Donnelly, M. (2012). A parenting intervention for childhood behavioral problems: A randomized controlled trial in disadvantaged community-based settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 116-127. doi: 10.1037/a0026304

Merrell, K. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales* (2nd ed.). Austin, TX: PRO-ED.

Moreira, H., Amaral, A., & Canavarro, M. C. (2009). Adaptação do Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale (PAIR) para a população Portuguesa: Estudo das suas características psicométricas. *Psychologica, 50*, 353-373

Perrin, E., Sheldrick, R. McMenemy, J., Henson, B., & Carter, A. (2013). Improving parenting skills for families of young children in pediatric settings: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics, 4* doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2919

Posthumus, J., Raaijmakers, M., Maassen, G., Engeland, H., & Matthys, W. (2011). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child and Psychology, 40*, 487-500. doi:10.1007/s10802-011-9580-9

Prinz, R., Sanders, M., Shapiro, C., Whitaker, D., & Lutzker, J. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P system population trial. *Prevention Science, 10*, 1-12. doi: 10.1007/s11121-009-0123-3

Roberts, D., & Pickering, N. (2010). Parent training programme for Autism Spectrum Disorders: An evaluation. *Community Practitioner, 83*, 27-30.

Robinson, E., & Eyberg, S. (1981). The dyadic parent-child interaction coding system: Standardization and validation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 245–250. doi: 10.1037/0022-006X.49.2.245

Sanders, M. R. (1999). Triple P - Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review, 2*, 71-90. doi: 10.1037/0893-3200.22.3.506

Sandler, I., Schoenfelder, E., Wolchik, S. & MacKinnon, D. (2011). Long-term impact of prevention programs to promote effective parenting: Lasting effects but uncertain processes. *Annual Review of Psychology, 62*, 299-329. doi: 10.1146/annurev.psych.121208.131619.

Schaefer, M., & Olson, D. (1981). Assessing intimacy: The PAIR Inventory. *Journal of Marital and Family Therapy, 7*, 47–60. doi: 0.1111/j.1752-0606.1981.tb01351.x

Schulz, K., Douglas, & G. David, M. for the CONSORT Group (2010). CONSORT 2010 Statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *British Medical Journal, 340*, 698-702. doi: 10.1136/bmj.c332

Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T. C., Leitão, S., Pimentel, M., & Major, S. (2013). *Protocolo de avaliação no âmbito do Projeto “Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: Eficácia de programas parentais e escolares (PTDC/PSI-PED/102556/2008)”-Versão de Investigação.* Retirado de <http://fpce.uc.pt/anosincriveis/protocolo.doc>

Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics.* (5th ed.). Boston: Pearson.

Taylor, E., Schachar, R., Thorley, G., & Wiselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity I: Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry, 149*, 760-767. doi:10.1192/bjp.149.6.760

Vaz-Serra, A., & Abreu, P. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos I: Ensaio de aplicação do ‘Inventário Depressivo de Beck’ a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Medica, 20*, 623-644.

Wakschlag, L., Briggs-Goawan, M., Carter, A., Hill, C., Danis, B., Keenan, K., ... Leventhal, B. (2007). A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*, 976-987. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01786

Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 715-730. doi: 10.1037/0022-006X.66.5.715

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. (2012). *Collaborating with Parents to Reduce Children's Behavior Problems: A Book for Therapists Using the Incredible Years Programs*. Seattle: Incredible Years Inc.

Webster-Stratton, C., & Reid, M. (2010). The Incredible Years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 194-210). New York: Guilford Publications.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T. (2012). One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42, 251-261. doi: 10.1080/15374416.2012.7232

World Medical Association. (2000). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 284, 3043-3045. doi:10.1001/jama.284.23.3043



## **PARTE III**

ESTUDOS EMPÍRICOS





## **CAPÍTULO 4 | Estudo Empírico I**

Analysis of cross-informant correspondence and discrepancies in a sample of Portuguese preschoolers with behavior problems

Submetido para publicação

*Journal of Early Education and Development*



## **Analysis of cross-informant correspondence and discrepancies in a sample of Portuguese preschoolers with behavior problems**

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

### **Abstract**

Literature has shown that reports between different informants regarding children behavior problems are most of the times discrepant and poorly correlated. This might have an impact on the assessment and intervention of children behavior problems. The present study examined agreement and discrepancies between mothers and fathers and between parents and teachers concerning a subsample of Portuguese preschool children with oppositional/defiant behaviors. Mothers, fathers and teachers of 101 children completed measures on child behavior problems. Analyses were replicated according to child's gender, type of referral and family socioeconomic status (SES). Findings indicated strong to moderate correlations between mother and father and weak to moderate correlations between mother and teacher and father and teacher reports. Regarding discrepancies between different informants, mothers rated their children in a more negative way than fathers and teachers. Potential explanations for the lack of agreement are discussed as well as implications for the evaluation of this population.

**KeyWords:** Behavior Problems; Inter-rater agreement; Inter-rater discrepancies; preschool children

## Introduction

Early detection and intervention in Oppositional and Conduct Behavior disorders (APA, 2013) is a major challenge for mental health professionals as recent research has shown that these are serious disorders that, when left untreated, persist over time (Gardner, Burton, & Klimes, 2006; Rockhill, Collett, McClellan, & Speltz, 2006). It is becoming clear to the clinicians that almost half of the preschoolers whose parents seek mental health services for disruptive behavior go on exhibiting behavior problems in the school and adolescent years (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000) which may evolve into more antisocial behaviors in adulthood (Hutchings, Bywater, Davies, & Whitaker, 2006). In addition, treatment outcome studies suggest that interventions for these disorders are of limited effect when offered in adolescence (Webster-Stratton, Gaspar, & Seabra-Santos, 2012), highlighting the need for early intervention with these children. Taken together, these findings suggest that identifying these children as early as possible should be one of the main goals for clinical practice, as it may help prevent problems in later childhood (Gross, Fogg, Garvey, & Julion, 2004).

However, to determine what constitutes significant behavior problems for preschool children is particularly challenging for clinicians, since many of the behaviors that are considered pathological at older ages are normative in preschoolers (Wakschlag et al., 2007). This circumstance lends itself to the danger of overdiagnosing these young children, calling attention to the need of careful and multidimensional assessments, often involving a multi-informant perspective. According to DSM-V (APA, 2013) the symptoms of oppositional defiant disorder (ODD) may appear exclusively at home. However, in more severe cases, symptoms are present in multiple settings. Given that the pervasiveness of symptoms is an indicator of the disorder's severity, it is critical that the individual's behavior be assessed across multiple settings and relationships. Questions of situational specificity are crucial in children's behavioral assessment (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987) and information from mothers, fathers and teachers, regarding child behavior is needed. In fact, nowadays, the gold standard for screening and referring young children to intervention programmes rely on parents and teachers convergent information about early child's social capacities and vulnerabilities (Bigras, Gosselin, Capuano, Normandeau, & Parent, 2008). However, questions are raised concerning the possibility of obtaining reliable information from various informants. In addition, most of the research about this topic has been done with school-aged children (Campbell, et al., 2000; Conroy & Brown, 2004), and although in the last decades there has been an increasing interest towards preschoolers psychological assessment, more studies are needed with this specific population (Herrera & Little, 2005).

This paper's main goals are to explore mother-father agreement (both in behavioral rating scales and in a structured interview) and parent-teacher agreement (in behavioral rating scales) regarding children behavior problems for a sample of Portuguese preschoolers.

Clinicians and researchers both trust parents to accurately report their children's problems (Roskam et al., 2010). In fact, parents spend much time with their children and have the opportunity to observe their behaviors in multiple contexts. Moreover, with preschool children, they are the ones who, most of the times, are involved in the referral (Vítaro, Gagnon, & Tremblay, 1991). As a result, the most common method for identifying behavior problems in preschool children has been to use parent-reported data obtained from standardized behavioral rating scales. Additionally, assessment can also involve a parent/caregiver interview wherein the symptoms checklist from the DSM-V (APA, 2013) regarding the child's behavior is discussed. Researchers (Achenbach et al., 1987; Campbell, 1995) also recommend that young children should only be classified as having significant behavior problems if they demonstrate problems across multiple contexts, as assessed by multiple informants (Gross et al., 2004). Thus, collecting information from pre-school teachers is crucial, in order to decide about the persistence and pervasiveness of the difficulties. Teachers are accredited informants about the child's academic competencies (Mashburn, Hamre, Downer, & Pianta, 2006) and their experience with a lot of children give them a normative basis to appreciate differences between them. In addition, the opportunities they have to observe the child across time and social situations offers them access to information about the child that may be unavailable to parents (Kamphaus & Frick, 2002). Thus, according to Epstein, Schweinhart, DeBruin-Parecki and Robin (2004) both teachers and parents should be involved in the assessment process so that children's behaviors can be understood in various contexts and cooperative relationships among families and school staff can be fostered.

Examining informant agreement typically involves addressing two types of questions: 1) correspondence between informants, which is analyzed by correlating the ratings of two types of raters (teachers and parents) across a group of children; 2) discrepancies between informants, which focuses on comparing mean scores obtained from different sources (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Treutler & Epkins, 2003).

Agreement across informants regarding children behavior problems has been found to be moderate or low, making it difficult to determine which children are truly at risk. In 1987, Achenbach and colleagues conducted a meta-analysis of cross informant convergence on behavior problems among children aged 18 months to 19 years and found that the mean correlation between mothers and fathers was .59, while the mean correlation between parents and teacher reports was .27. Another meta-analysis, conducted by Duhig, Renk, Epstein and Phares (2000) found moderate correspondence between mothers and fathers in ratings of internalizing

behaviors and high correlations in ratings of externalizing and total problem behaviors. More recently, Major and Seabra-Santos (2014) analyzed the agreement between informants from home and school settings while completing rating scales, across 22 studies, published between 1987 and 2011. The authors also found low to moderate informant agreement across settings.

Also, other studies regarding cross-informant agreement found low correlations between parent and teacher reports of behavior problems in a sample of 2-3 year olds ( $r = .23$ ) (Gross, Sambrook, & Fogg, 1999). Another one, with preschool children, reported a correlation of .32 between parent and teacher reports of behavior problems (Hinshaw, Han, Erhardt, & Huber, 1992). More recently, a study with 241 parents of 2-4 year old children and their children's day care teachers reported a low correlation ( $r = .17$ ) between these different informants regarding behavior problems (Gross et al, 2004). Still another study focusing on children externalizing problems, with 424 mothers, fathers and teachers reported high agreement between mothers and fathers ( $r = .68$ ) and low to moderate between parents and teachers (between mothers and teachers  $r = .40$ ; between fathers and teachers  $r = .38$ ) (Grietens et al., 2004).

Moreover, research has also shown that some child characteristics (e.g., gender, type of referral), and parent characteristics (e.g., SES) may affect the ratings that are made and, consequently, the level of agreement between raters (De Los Reyes & Kazdin, 2005). With regard to the effect of the child's gender, contradictory results have been found. Achenbach et al. (1987), for example, did not find gender effects on inter-rater agreement. However, Duhig et al. (2000) reported that gender moderated correspondence between mothers and fathers, but only when results from boys and results from girls are separately examined, but did not moderate discrepancies between these two informants. As far as child's referral is concerned, research has shown that agreement between different informants is higher for children who have been referred, when compared to non-referred children (Keogh & Bernheimer, 1998). Finally, the relationship between SES and informant discrepancies has also been inconsistent across studies (De Los Reyes & Kazdin, 2005). A meta-analysis found that parental correspondence in ratings of externalizing behavior problems varied as a function of the family's socioeconomic status, with correspondence being higher in middle and mixed socioeconomic groups than in lower socioeconomic groups (Duhig et al., 2000). On the contrary, other studies found no relationship between mother-father agreement or discrepancies and SES (Treutler & Epkins, 2003).

In Portugal, some research has been done regarding the topic of interrater agreement. Seabra-Santos and Gaspar (2012), in a study with 173 preschool children found low to moderate agreement between parents and teachers regarding children's developmental level and that parents rated their children as more developed, when compared with teachers. Another study with 137 children aged two to seven reported high correlations between informants who observe

the child in the same context (e.g., home) and low correlations when informants were from different contexts (e.g., home and school) (Seabra-Santos & Almeida, 2014). Also, Major (2011) examined parent-teacher agreement and discrepancies regarding preschoolers' social skills and behavior problems for the normative Portuguese sample (N = 1,000) of the Preschool and Kindergarten Behavior Scales – 2nd Edition (PKBS-2). The author found a weak to moderate informant agreement ( $r = .32$ ), and that parents assigned higher scores both on social skills and behavior problems.

In general, the low to moderate degree of agreement between multiple informants led clinicians and researchers to the conclusion that (1) information is not interchangeable (Stanger & Lewis, 1993); and that (2) each informant delivers a unique contribution to the assessment (Merrel, 1999). In fact, it is now widely accepted that differences between multiple informants reflect the specific interactional impact of the child's behavior, as well as distortions in individual perceptions (Verhulst, & Akkerhuis, 1989) and errors of measurement.

The main purpose of this study is to examine the correspondence between mother and father reports and parents and teacher (mother/teacher and father/teacher) reports of children behavior problems using one standardized checklists in an at-risk sample of preschoolers with ODD symptoms. In addition, we analyze the correspondence between mother and father reports of behavior problems in a semi-structured interview. Furthermore, our secondary aim is to analyze the discrepancies between mother and father reports and parents and teachers reports, more specifically, which informant is reporting fewer or greater problems.

In order to explore the impact of several variables on informant agreement, analyses will be replicated for child's gender, family SES and referred vs non-referred children.

## **Methods**

### ***Participants***

Participants in the research were drawn from a larger sample of 125 families that was collected for a longitudinal RCT study on the effectiveness of a parenting and teacher program in Portugal, with preschool children at risk for externalizing behavior disorders including early signs of ODD and/or behaviors predictive of later AD/HD diagnosis. For that study the children had previously been screened using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, Goodman, 1997) and parents' reports of child's behaviors must have been equal to or above the Portuguese borderline cut-off points (Abreu-Lima et al., 2010) on the Conduct Scale ( $\geq 5$ ) or on the Hyperactivity Scale ( $\geq 7$ ) of that questionnaire (SDQ; Goodman 1997). For the present study, focusing specifically on children with ODD behaviors, children were included if mother's reports



of behavior problems were also equal or above the 85th percentile on at least one of two subscales of the Preschool and Kindergarten Behavior Scales (PKBS-2; Merrell, 2002; Portuguese version by Major, 2011): Anti-social/Aggressive subscale (cut-off point = 14); Oppositional/Explosive subscale (cut-off point = 19). A hundred and one families were included in this study (101 mothers and 36 fathers). Study children included 74 boys (73%) and 27 girls (27%), with a mean age of 55.8 months (SD = 11.27). Half of the children were referred (55%). Regarding oppositional and aggressive symptoms, 88% of children (M = 21.57; SD = 2.92) were at moderate or high risk level on the Oppositional/Explosive PKBS subscale, and 75% percent of children (M = 17.03; SD = 6.42) in the Anti-Social/Aggressive subscale. Sixty-five percent of children were at moderate or high risk levels on both PKBS behavior problem subscales. Most of the mothers were either married or in a de facto union (79%) with a mean age of 34.76 (SD = 5.48) and had a high level of education (49% of mothers had completed a university degree and 7% had also completed a master or a PhD degree). Regarding fathers, all of them were either married or in a de facto union, with a mean age of 36.74 years (SD = 4.42) and a high level of education (42% had completed a university degree and 8% had also completed a master or a PhD degree). The majority of the families (84%) lived in an urban area.

### ***Procedures***

Families were recruited in the cities of Coimbra and Porto from January 2009 to September 2011 from local clinics, child mental health and developmental services, pediatricians' offices, community and preschools (using fliers), and a newspaper advertisement was published. Before the baseline assessment, written informed consent was obtained from the participating families and the main trial was approved by the Research Ethics Committees of the hospital and by the National Commission of Data Protection.

All parents of eligible children were invited to participate in the study and were subsequently assessed (baseline assessment) by two independent trained psychologists, before the intervention took place. Although parents went through a longitudinal assessment process, this paper is concerned only with data collected at baseline. Assessments were conducted in a university community service and at a central hospital. From the protocol used in the main trial (Seabra-Santos et al., 2013) two adult-report measures and a semi-structured interview will be analyzed in the present paper.

### ***Measures***

*Screening measures: Parental and Teacher Reports of Children Behavior*

The SDQ (Goodman, 1997) is a 25-item inventory designed as a brief behavioral screening measure to assess the occurrence of particular behaviors associated with conduct problems, hyperactivity, emotional symptoms, and peer problems, and also pro-social behaviors. It has been translated and adapted for use in Portugal (Fleitlich et al., 2005). The level of internal consistency for Conduct Problem (CP) scale as assessed by Cronbach alpha was low for parents (0.46) but high for teachers (0.87); nevertheless the SDQ has demonstrated good psychometric properties with English samples (Goodman, 2001) and acceptable with other Portuguese samples (e.g.,  $\alpha = 0.59$  for conduct subscale in the Abreu-Lima et al. [2010] study).

#### *Parental and Teacher Reports of Children Behavior*

The Preschool and Kindergarten Behavior Scales – 2nd Edition (PKBS-2, Merrell, 2002) is an 80-item behavior rating scale designed to measure social skills and problem behaviors of preschoolers. This instrument can be completed by parents, teachers or other caregivers and comprises two separate scales: a 34-item Social Skills Scale and a 46-item Problem Behavior Scale. For the aim of the present paper we analyzed Oppositional/Explosive (O/E) (9 items; score range from 0 to 27) and Antisocial/Aggressive (A/A) (12 items; score range from 0 to 36) externalizing behavior problems subscales. The PKBS-2 was translated and adapted for Portuguese children by Major (2011) and has demonstrated good psychometric properties (Cronbach alpha coefficients between .76 and .97). In the present sample, Cronbach alpha coefficients for the subscales used were .83 and .92 (A/A) and .60 and .89 (O/E) for parents and teachers respectively.

The Parental Account of Childhood Symptoms (PACS; Taylor et. al, 1986) is a semi structured clinical interview, which evaluates the core symptoms of AD/HD and Conduct Problems over the last six months across a wide range of situations. Trained interviewers rate the severity and frequency of symptoms from parents' descriptions, and two subscale scores (hyperactivity and conduct problems) can be derived. In addition, parents are asked to rate the impact of their children's problems on their families' lives. The modified version of the PACS for preschool years was used, which had demonstrated high reliability: inter-rater agreement between .92 and .98, and test-retest stability between .78 and .62 (Sonuga-Barke et al., 1994). An exploratory study with a nonclinical sample of Portuguese preschoolers (Silva, 2010) has shown satisfactory levels of internal consistency (between .64 and .71) and high inter-rater reliability (between .94 and .98). In this subsample, we looked at the conduct problems subscale (alpha level = .64) and impact of children problems in families lives. Inter-rater reliability (between two raters who independently rated 20% of all interviews) was good, with an intra-class correlation of .87.

## Data Analyses

Due to the small fathers sample size, non-parametric statistics were primarily used in the correlation analysis. Thus, Spearman's correlations were calculated to determine mother-father and parent-teacher agreement regarding children's behavior problems. Regarding discrepancies between different informants mean scores were examined and differences were tested via paired-sample t tests. Effect size statistics were provided by the Eta Squared statistic, classified according to Cohen's (1988) guidelines: small = .01-.05, moderate = .06-.13 and large  $\geq$  .14 (Cohen, 1988). Finally, analyses were replicated for PKBS-2 subscales based on the child gender, SES (low, middle and high) and child's type of referral (clinical/community). Due to the small number of fathers, only discrepancies between mother and teachers' ratings were analyzed for these subsamples.

## Results

Table 1 displays correlations between mother-father ratings. For the total sample, moderate and significant Spearman correlations were found for all the analysed subscales, except for the Oppositional/Explosive subscale of the PKBS-2 ( $\rho = .25$ ). When considering child's gender, correlations tend to be higher for girls than for boys on the PKBS-2 subscales (although only-significant for the Anti-Social/Aggressive subscale), while the opposite is true (higher and significant agreement for boys than for girls) in what concerns the PACS CP scores. Regarding family SES, correlations tend to be stronger and significant for the high SES subsample, both for the Anti-Social/Aggressive subscale of the PKBS-2 and for the PACS CP subscale ( $\rho = .90$ ,  $p < .01$  and  $\rho = .78$ ,  $p < .01$ , respectively), while non-significant for the Oppositional/Aggressive subscale. Finally, when considering the type of referral, strong correlations were found for the clinic subsample in both the PKBS-2 subscales (although only significant for the Anti-Social/Aggressive subscale), while on the PACS CP subscale, a very high and significant correlation was found only for the community subsample ( $\rho = .90$ ,  $p < .01$ ).

**Table 1.** Agreement between mother and father for child behavior problems: Total sample, child’s Gender, SES and referral

	Total Sample	Child’s Gender		SES			Referral	
	Spearman Correlation	Boys ( <i>n</i> = 29)	Girls ( <i>n</i> = 7)	Low SES ( <i>n</i> = 8)	Middle SES ( <i>n</i> = 18)	High SES ( <i>n</i> = 12)	Referred ( <i>n</i> = 22)	Non-referred ( <i>n</i> = 16)
<b>PKBS-2 Score</b>								
Oppositional/Explosive	.25	.16	.57	.69	.34	.00	.40	-.31
Anti-Social/Aggressive	.60**	.51**	.88**	.71	.32	.90**	.78**	.20
PACS CP	.50**	.51**	.41	.12	.50*	.78**	.24	.90**

\* *p* < .05    \*\* *p* < .01 (two-tailed)

Notes: PKBS Preschool and Kindergarten Behavior Scales; PACS Parental Account of Childhood Symptoms: CP Conduct Problems

Regarding agreement calculated for pairs of informants from different contexts (mother/teacher and father/teacher ratings) the correlations are lower and non-significant except for the Anti-Social/Aggressive in the total sample, where moderate significant correlations were found both between mother/teacher ( $\rho = .49, p < .01$ ) and father/teacher ( $\rho = .39, p < .05$ ) scores (see Table 2). The pattern of results is similar when the sample is splitted according to child's gender, SES, and child's referral, with significant correlations found only for the Anti-Social/Aggressive subscale. Finally, agreement tends to be higher and more significant between mother/teacher reports than between father/teacher reports, although the small fathers sample size reduces the likelihood of having significant father/teacher correlations.

**Table2.** Agreement between parents and teachers for child behavior problems: Total sample, child’s gender, SES and referral

\*  $p < .05$     \*\*  $p < .01$  (two-tailed)

	Total Sample	Child’s Gender		SES			Referral	
	Spearman Correlation	Boys ( $n = 74^a/31^b$ )	Girls ( $n = 27^a/7^b$ )	Low SES ( $n = 36^a/8^b$ )	Middle SES ( $n = 39^a/18^b$ )	High SES ( $n = 26^a/12^b$ )	Referred ( $n = 56^a/22^b$ )	Non-referred ( $n = 45^a/16^b$ )
PKBS-2 Score								
Oppositional/Explosive								
Mother	.09	.08	-.46	.56	.22	.06	.05	.16
Father	.17	.27	-.78	-.10	.33	.21	.34	-.16
Anti-Social/Aggressive								
Mother	.49**	.32	.88**	.51	.63**	.53	.48*	.68**
Father	.39*	.27	.58	-.10	.45	.57	.51*	.38

Notes: PKBS-2 Preschool and Kindergarten Behavior Scales; <sup>a</sup>Mothers  $n$ ; <sup>b</sup>Fathers  $n$

When analyzing mean differences for the total sample (see Table 3), all differences between mother and father ratings are statistically significant, with mothers rating their children in a more negative way concerning behavior problems than fathers, both in the rating scale and in the structured interview. All the effect sizes are large (between .17 and .28), with the largest effect for the Oppositional/Explosive subscale.

Regarding differences between mother and teacher ratings, statistically significant results of large effect sizes ( $\eta^2 = .51$ ) were found for the Oppositional/Explosive subscale ( $t = 8.27, p = .00$ ): mother's rated their children as having significantly more problems, when compared to teachers' ratings (see Table 3). When conducting comparisons between mother and teacher ratings broken down by child gender, SES and child's referral (Table 4), significant differences and large effect sizes ( $\eta^2 = .36-.66$ ) were found for all the subsamples regarding the Oppositional/Explosive subscale, with children being rated by mothers more negatively than by teachers. However, for the Anti-Social subscale it is only for girls that the differences between ratings reach statistical significance ( $t = 2.18, p = .03, \eta^2 = .25$ ), with a marginally significant difference and a large effect size also found for the Middle SES subsample ( $t = 1.93, p = .06, \eta^2 = .17$ ).

Finally, a significant difference was found between fathers' and teachers' ratings on the Oppositional/Explosive subscale ( $t = 2.45, p = .01$ ): similar to mothers, fathers also rated their children as having significantly more oppositional/explosive problems, when compared to teachers (see Table 3).

**Table 3.** Differences between mothers and fathers and between parents and teachers ratings: Total sample

Measures	Mothers		Fathers		Mother/ Father (N = 36)			Teachers		Mother/ Teacher (N = 101)			Father /Teacher (N = 36)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
PKBS															
Oppositional/Explosive	21.69	3.14	19.33	4.78	3.09	.04	.28	15.39	6.78	8.27	.00	.51	2.45	.01	.27
Anti-Social/Aggressive	17.30	6.82	15.07	5.62	2.69	.01	.17	15.66	9.25	1.12	.26	.10	-1.43	.16	-.03
PACS Conduct Problem	17.49	6.50	14.26	7.27	3.07	.00	.22								

Notes: PKBS Preschool and Kindergarten Behavior Scales; PACS Parental Account of Childhood Symptoms



**Table 4.** Differences between mother and teacher ratings: Child's gender, SES and referral

Measures	Mothers		Teachers		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
<i>Subsample by Gender</i>							
<b>Boys (n = 74 )</b>							
PKBS							
Oppositional/Explosive	21.73	2.82	16.46	6.68	6.00	0.00	.45
Anti-Social/Aggressive	17.44	5.99	17.43	9.04	0.01	0.98	.00
<b>Girls (n = 27)</b>							
PKBS							
Oppositional/Explosive	21.16	2.98	12.52	6.28	6.50	0.00	.66
Anti-Social/Aggressive	14.72	6.07	10.92	8.20	2.18	0.03	.25
<i>Subsample by SES</i>							
<b>Low SES (n = 36 )</b>							
PKBS							
Oppositional/Explosive	21.45	2.59	17.22	7.25	3.30	0.00	.36
Anti-Social/Aggressive	16.45	6.55	18.19	8.98	-1.09	0.28	0.11
<b>Middle SES (n = 39 )</b>							
PKBS							
Oppositional/Explosive	21.69	3.42	13.50	6.88	6.36	0.00	.60
Anti-Social/Aggressive	17.11	5.89	14.33	9.12	1.93	0.06	.17
<b>High SES (n = 26 )</b>							
PKBS							
Oppositional/Explosive	21.56	2.34	15.84	5.43	4.98	0.00	.56
Anti-Social/Aggressive	16.44	6.04	14.44	9.46	1.13	0.27	.12
<i>Subsample by Referral</i>							
<b>Referred (n = 56)</b>							
PKBS							
Oppositional/Explosive	21.55	3.08	15.61	7.33	5.34	0.00	.46
Anti-Social/Aggressive	17.40	6.26	16.83	10.07	0.39	0.69	.03
<b>Non- referred (n = 45)</b>							
PKBS							
Oppositional/Explosive	21.60	2.62	15.13	6.15	6.55	0.00	.56
Anti-Social/Aggressive	15.90	5.89	14.32	8.12	1.40	0.16	.11

## Discussion

Designing preventive interventions for preschool children at risk for developing behavior problems has been a goal among several studies (Sanders, Markie-Dadds, Tully, & Bor, 2000; Webster-Stratton & Reid, 2010). However, the methods for identifying which children are at risk are not consensual, namely because of the low convergence across different informants' ratings of child behavior problems (Gross et al., 2004). Therefore, it was our aim to assess the agreement and discrepancies between mothers and fathers and between parents and teachers ratings of behavior problems in a sample of preschool children with ODD behaviors.

Regarding agreement between different informants, and in line with literature revision (e.g., Achenbach et al., 1987; Grietens et al., 2004; Renk & Phares, 2004; Winsler & Wallace, 2002), our study shows moderate to strong correlations between mothers and fathers ratings of children behavior problems and low to moderate convergence between parents and teachers ratings. The Anti-social /Aggressive behavior subscale tends to exhibit stronger correlations between different informants, when compared to other analysed measures. Given the fact that the items that constitute this subscale (e.g. frequently involved in fights; takes objects way from other children) are related to aggressive episodes toward peers and describe the behaviors in a very precise way, one possible explanation for these levels of correspondence between informants in different settings is that these behaviors can be more easily observed by different adults, both at home, during sibling interactions or when other children are invited, and at school, while children interact with peers. Thus, it might be that when assessing preschoolers' ODD behaviors, this specific subscale is one that clinicians should pay attention to and future research in this area should further investigate. Moreover, it also points out the importance of including items that describe the behaviors in a precise way, which can be a useful contribution in minimizing parent's distortions.

Also important to notice, the moderate to high levels of mother-father agreement on the PACS interview (namely for the High SES and for the Community subsamples), thus highlighting the importance of the clinical interview as a valuable method to evaluate children behaviour problems, which can bring some degree of objectivity, standardization, and consistency to the clinical diagnosis and decision-making process.

While analyzing the agreement by disaggregating the sample according to the children's gender, it tends to be higher for girls than for boys, both for the mother/father and for the parents/teachers comparisons. This result, although not consistent with some literature (e.g., Touliatos & Lindholm, 1981), is in line with Winsler and Wallace (2002), who also found higher agreement levels between parents and teachers for girls than for boys. Regarding parents SES,

higher and significant mother-father agreement was found for high SES level on Anti-Social/Aggressive and on PACS interview. Finally, regarding type of referral, mixed results were found for both mother/father agreement and parents/teacher agreement.

On what concerns the lower to moderate correspondence between parents and teachers ratings of child behavior problems, there are several possible explanations for it. First, the fact that each informant interacts with or observes the child in different contexts, with distinct demands (Achenbach et al., 1987). Parents generally observe children in home and family settings, while teachers' observations are usually limited to the school setting where children have to comply with fixed rules and expectations, share adults' attention and are expected to achieve certain academic goals (Grietens et al., 2004). Second, parents possess historical information about the children, whereas teachers typically have knowledge about age-appropriate behaviors and the opportunity to observe peer interactions (Briggs-Gowan, Carter, & Schwab-Stone, 1996). Finally, children's behavior is also affected by the interactions they have with adults and by the fit between their needs and parents' and teachers' rearing practices. These kinds of differences may create divergent perspectives concerning the child's behavior in different contexts. It may be that parents are better ratters of some types of behaviors (e.g. behaviors related to daily routines) than teachers, while teachers are more objective ratters of other types of behaviors (e.g. developmentally appropriate behaviors). That could be the aim of further studies.

Regarding our secondary aim, and consistent with other studies (e.g., Langberg et al., 2010) findings from our study show that mothers tend to report higher levels of behavior problems than fathers. Moreover, results also replicate the literature review (e.g., Achenbach et al., 1987; Ferdinand, van der Ende, & Verhulst, 2007) regarding discrepancies between parents and teachers reports: parents (especially mothers) rated their children in a more negative way than teachers. One possible explanation is that each informant holds different personal standards and expectations when rating behavior problems (Van der Ende, 1999). Teachers, due to their knowledge of normative behavior problems (e.g. temper tantrums) may tend to rate less behavior problems, while parents may have more inappropriate expectations about preschool children normative behavior and therefore, over evaluate it as disruptive. Moreover, these discrepancies may suggest that children may exhibit more oppositional behaviors in home and family context that they do not display in preschool context. This might be particularly relevant in mother-child interactions, due to the fact that mothers are still in charge of most of the daily routines and spend more time with the child than fathers. Thus, by having more contact with children, mothers can either increase their awareness of problems or distort their perceptions, therefore becoming more aware of the child's behavior and then evaluating it as inappropriate (Grietens et al., 2004).

These findings have significant clinical implications for the assessment and subsequent intervention with preschool children and their families. Although some level of disagreement between different informants is to be expected, parent and teacher ratings of relevant problem behaviors during early years have been found to consistently predict a variety of adjustment problems in adolescence and adulthood (Lober & Dishion, 1983). Moreover, reports of child behavior problems from other adults, in different settings, considerably improve the accuracy of referral information and provide valuable information not only about the child but also about the adults themselves (Hay et al., 1999). In addition, it seems likely that differences in the previous experiences of mothers and fathers exist and can and should be addressed in intervention, thus increasing the likelihood of providing a more relevant treatment for these families. Furthermore, by involving fathers in the assessment process, we might be contributing to increase their observation skills and awareness regarding their child's behavior (Seabra-Santos & Gaspar, 2012), as well as their involvement in intervention, when necessary.

This study has important strengths. First, it includes analyses of cross-informant convergence and divergence between parents. Although most researchers and clinicians include mothers as informants on child behavior, fathers have been relatively neglected in research (Tretler & Epkins, 2003; Webster-Stratton, 1988). However, their perceptions are important, because they provide a different but not inaccurate picture of the problem, as time that fathers spend taking care of their children has risen significantly in the last decades (Coyle-Shepherd, & Newland, 2013). Second, reports on behavior problems of clinically and community referred samples of preschool children at risk for developing ODD were analyzed. Finally, regarding children behavior problems, it analyses mother-father agreement not only with a self-reported measure, but also with a clinical semi-structured interview with each parent, thus providing an in-depth account of the problems.

Despite the strengths of this study, one limitation is evident: the small size of the fathers' sample, which reduces the possibilities of interpretation and generalizability of these results and limits the power of the analysis to detect small effects. Moreover, further research is needed to examine the impact of child (e.g. psychological and demographic), parent (e.g. psychopathological symptoms) and teacher (e.g., level of professional experience) characteristics on inter-rater agreement. Finally, the fact that the inclusion criteria for this study are based on the data provided by mothers may limit our interpretations of the results and also be a possible explanation for the higher levels of behavior problems reported by mothers. However, these results are consistent with other studies, such as the ones included in Duhig and colleagues meta-analysis (2000), which found a tendency for mothers to report more children behavior problems than fathers.

In summary, the present paper suggests that different informants' perceptions, although not inter-changeable, are essential to understand preschoolers' behaviors and to design effective interventions, which target these behaviors in the different contexts they occur. Additionally, it highlights the relevance of using a multi-method approach, combining self-report measures with a semi-structured interview, which focuses on situations directly observed by parents. This interview has an additional potential, which is the possibility of being used with both parents at the same time, thus making it possible to get a less extreme view (and a more balanced one) of the child behavior problems.

Most clinicians place a great deal of emphasis on parental report when making diagnostic decisions about children. However, due to the challenge of determining what constitutes clinical significant problems in preschool children and intervene with the family as early as possible, they are also required to obtain information from others, such as teachers (King, 1995). During this process, it is usual to hear discrepant information in the reported levels of children behavior problems across different settings. Sometimes, these discrepancies may even make it difficult for both informants to cooperate and participate during the intervention and even influence its outcomes (De Los Reys & Kazdin, 2005). Thus, it is important to acknowledge and try to integrate the different perspectives along the assessment and intervention process, as well as to try to understand how and why children react differently in different environments. In fact, further research should be done about the degree to which temperament may truly be different in different settings and how circumstances may play a part in expression of behavior. Clinicians should consider and try to give an answer to these questions when weighing evidence from multiple settings in the course of a comprehensive assessment and treatment plan (Rettew et al., 2011).

## References

Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M., & Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório [Assessment of parental education interventions: Report]*. Retrieved from [http://www.cnpcjr.pt/preview\\_documentos.asp?r=3493&m=PDF](http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF)

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

American Psychiatric Association. (APA, 2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bigras, M., Gosselin, C., Capuano, F., Normandeau, S., & Parent, S. (2008). *A comparison of parent and teacher ratings of child behaviours: The Pygmalion Effect revisited*. Retrieved from [http://www.archipel.uqam.ca/1037/1/Adults\\_perception\\_of\\_preschoolers'\\_behaviours.pdf](http://www.archipel.uqam.ca/1037/1/Adults_perception_of_preschoolers'_behaviours.pdf).

Briggs-Gowan, M., Carter, A., & Schwab-Stone, M. (1996). Discrepancies among mother, child and teacher reports: Examining the contributions of maternal depression and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*, 749-765. doi: 10.1007/BF01664738

Campbell, S. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *36*, 113-149. doi: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657.x

Campbell, S., Shaw, D., & Gilliom, M. (2000). Externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, *12*, 467-488. doi: 10.1017/S0954579400003114

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum.

Conroy, M. A., & Brown, W. H. (2004). Early identification, prevention, and early intervention with young children at risk for emotional or behavioral disorders: Issues, trends, and a call for action. *Behavioral Disorders*, *29*, 224-236. Acedido em <http://www.ccbd.net/behavioraldisorders/index.cfm>

Coyl-Shepherd, D., & Newland, L. (2013). Mothers' and fathers' couple and family contextual influences, parent involvement, and school-age child attachment. *Early Child Development and Care*, *183*, 553-569. doi: 10.1080/03004430.2012.711599

De Los Reyes, A., & Kazdin, A. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, *131*, 483-509. doi:10.1037/0033-2909.131.4.483

Duhig, A., Renk, K., Epstein, M., & Phares, V. (2000). Interparental agreement on internalizing, externalizing, and total behavior problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 435-453. doi: 10.1093/clipsy.7.4.435

Epstein, A., Schweinhart, L., DeBruin-Parecki, A., & Robin, K. (2004). Policy Brief - Preschool Assessment: A guide to developing a balanced approach. *NIEER Policy Brief*, 7. Retrieved from <http://nieer-www1.rutgers.edu/publications/policy-matters-policy-briefs/policy-brief-preschool-assessment-guide-developing>

Ferdinand, R., van der Ende, J., & Verhulst, F. (2007). Parent-teacher disagreement regarding psychopathology in children: A risk factor for adverse outcome? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 48-55. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00843.x

Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). *Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire, Portuguese Version]*. Retrieved from [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org).

Gardner, F., Burton, J., & Klimes, I. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1123-1132. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01668.x

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, 581-586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345. doi:10.1097/00004583-200111000-00015

Grietens, H., Onghena, P., Prinzie, P., Gadeyne, E., Van Assche, V., Ghesquière, P., & Hellinckx, W. (2004). Comparison of mothers', fathers', and teachers' reports on problem behavior in 5- to 6-year-old children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 137-146. doi:10.1023/B:JOBA.0000013661.14995.59

Gross, D., Fogg, L., Garvey, C., & Julion, W. (2004). Behavior problems in young children: An analysis of cross-informant agreements and disagreements. *Research in Nursing & Health*, 27, 413-425. doi:10.1002/nur.20040

Gross, D., Sambrook, A., & Fogg (1999). Behaviour problems among young children in low-income urban daycare centres. *Research in Nursing and Health*, 22, 15-25. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199902)22:1<15::AID-NUR3>3.0.CO;2-2

Hay, D., Pawlby, S., Sharp, D., Schmücker, G., Mills, A., Allen, H., & Kumar, R. (1999). Parents' judgements about young children's problems: Why mothers and fathers might disagree yet still

predict later outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1249-1258. doi: 10.1111/1469-7610.00541

Herrera, M., & Little, E. (2005). Behaviour problems across home and kindergarten in an Australian sample. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 5, 77-90. Retrieved from <http://www.newcastle.edu.au/jornal/ajedp>

Hinshaw, S., Han, S., Erhardt, D., & Huber, A. (1992). Internalizing and externalizing behavior problems in preschool children: Correspondence among parent and teacher ratings and behavior observations. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 143-150.

Hutchings, J., Bywater, T., Davies, C., & Whitaker, C. (2006). Do crime rates predict the outcome of parenting programs for parents of high-risk preschool children? *Educational & Child Psychology*, 23, 15-23.

Kamphaus, R., & Frick, P. (2002). *Clinical assessment of children's personality and behavior (2nd edition)*. New York: Allyn & Bacon. Reprinted (2005) by New York: Springer.

Keogh, B., & Bernheimer, L. (1998). Concordance between mother's and teacher's perceptions of behavior problems of children with developmental delays. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 6, 33-41.

Langberg, J., Epstein, J., Simon, J., Loren, R., Arnold, L., Hechtman, L., Wigal, T. (2010). Parent agreement on ratings of children's Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and broadband externalizing behaviors. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 18, 41-50. doi:10.1177/1063426608330792

Loeber, R., & Dishion, T. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin*, 94, 68-99. doi: 10.1037/0033-2909.94.1.68

Major, S. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas [Assessment of social skills and problem behaviors in preschoolers: A picture of Portuguese children]* (Doctoral dissertation). Retrieved from [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese\\_Sofia%20Major.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese_Sofia%20Major.pdf)

Major, S., & Seabra-Santos, M. J. (in press). Pais e/ou professores? Acordo entre informadores na avaliação socioemocional pré-escolar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*.

Mashburn, A., Hamre, B., Downer, J., & Pianta, R. (2007). Teacher and classroom characteristics associated with teachers' ratings of pre-kindergartners' relationships and behaviors. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 24, 367-380. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01291.x

Merrell, K. W. (1999). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.



Merrell, K. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales* (2nd ed.). Austin, TX: PRO-ED.

Renk, K., & Phares, V. (2004). Cross-informant ratings of social competence in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 24*, 239-254. doi:10.1016/j.cpr.2004.01.004

Rettew, D., van Oort, F., Verhulst, F., Buitelaar, J., Ormel, J., Hartman, ... Hudziak, J. (2011). When parent and teacher ratings don't agree: The Tracking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 21*, 389-97. doi: 10.1089/cap.2010.0153.

Rockhill, C., Collett, B., McClellan, J., & Speltz, M. (2006). *Oppositional Defiant Disorder*. In J. Luby (Ed.), *Handbook of preschool mental health: Development, disorders and treatment* (pp. 80-115). New York: Guilford.

Roskam, I., Stiévenart, M., Meunier, J-C., Van de Moortele, G., Kinoo, P., & Nassogne, M-C. (2010). Comment les parents, les enseignants et les cliniciens évaluent les troubles du comportement externalisé du jeune enfant? Etude de la variabilité des jugements évaluatifs et de son impact sur le développement de l'enfant. *Pratiques Psychologiques, 16*, 389-401. doi: 10.1016/j.prps.2009.06.001

Sanders, M., Markie-Dadds, C., Tully, L., & Bor, W. (2000). The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 624-640. doi: 10.1037/0022-006X.68.4.624

Seabra-Santos, M. J., & Almeida, M. S. (2014). Falamos da mesma criança? Concordância mãe-pai-professores na avaliação do temperamento de crianças portuguesas. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 27*, 10-20.

Seabra-Santos, M. J., & Gaspar, M. (2012). Pais, educadores e testes: Estão de acordo na avaliação de aptidões de crianças pré-escolares? *Psicologia: Reflexão e Crítica, 55*, 203-211.

Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T. C., Leitão, S., Pimentel, M., & Major, S. (2013). *Protocolo de avaliação no âmbito do Projeto "Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: Eficácia de programas parentais e escolares (PTDC/PSI-PED/102556/2008)" – Versão de Investigação*. [Protocol of measures for the evaluation of the "Early prevention/intervention in disruptive behavior disorders: Efficacy of parents and teachers programs' Project – Research version]. Retrieved from <http://fpce.uc.pt/anosincriveis/protocolo.doc>

Silva, C. (2010). *Estudo exploratório do Guião de Entrevista Semi-Estruturada PACS (Parental Account of Children's Symptoms) numa amostra da comunidade [Pilot study of the Parental Account of Children's Symptoms (PACS) interview in a community sample]* (Unpublished

master thesis). Faculty of Psychology and Education, University of Coimbra, Coimbra, Portugal. Abstract retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/15402>

Stanger, C., & Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology, 22*, 107-115.

Sonuga-Barke, E., Lamparelli, M., Stevenson, J., Thompson, M., & Henry, A. (1994). Pre-school behavior problems and intellectual attainment: The associations of hyperactivity and conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 949-960. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb02304.x

Taylor, E., Schachar, R., Thorley, G., & Wiselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity I: Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry, 146*, 770-777. doi: 10.1192/bjp.149.6.760

Touliatos, J., & Lindholm, B. (1981). Congruence of parents' and teachers' ratings of children's behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 9*, 347-354. doi:10.1007/BF00916839

Treutler, C., & Epkins, C. (2003). Are discrepancies among child, mother, and father reports on children's behavior related to parents' psychological symptoms and aspects of parent-child relationships? *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*, 13-27. doi: 10.1023/A:1021765114434

Van der Ende, J. (1999). Multiple informants: Multiple views. In H. M. Koot., A. A. Crijnen, & R. F. Ferdinand (Eds.), *Child psychiatric epidemiology: Accomplishments and future directions* (pp. 39-52). Assen, the Netherlands: Van Gorcum.

Verhulst, F., & Akkerhuis, G. (1989). Agreement between parents' and teachers' ratings of behavioral/emotional problems of children aged 4-12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30*, 123-136. doi: 10.1111/j.1469-7610.1989.tb00772.x

Vitaro, F., Gagnon, C., & Tremblay, R. (1991). Teachers' and mothers' assessment of children's behaviors from kindergarten to grade two: Stability and change within and across informants. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 13*, 325-343. doi: 10.1007/BF00960445

Wakschlag, L., Briggs-Goawan, M., Carter, A., Hill, C., Danis, B., Keenan, K., ... Leventhal, B. (2007). A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*, 976-987. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01786

Webster-Stratton, C. (1988). Mothers' and fathers' perceptions of child deviance: Roles of parent and child behaviors and parent adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 909-915.

Webster-Stratton, C., Gaspar, M., & 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 (Intervención Psicosocial)*, *21*, 157-169. doi:10.5093/in2012a15

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2010). The Incredible Years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In J. Weisz & A. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 194-210). New York: Guilford.

Winsler, A., & Wallace, G. (2002). Behavior problems and social skills in preschool children: Parent-teacher agreement and relations with classroom observations. *Early Education & Development*, *13*, 41-58. doi:10.1207/s15566935eed1301\_3

## **Capítulo 5 | Estudo Empírico II**

Incredible Years Parent Training: Does it Improve Positive Relationships in Portuguese Families of Preschoolers with Oppositional/Defiant Symptoms?

*Journal of Child and Family Studies*

doi: 10.1007/s10826-014-9988-2



## **Incredible Years Parent Training: Does it Improve Positive Relationships in Portuguese Families of Preschoolers with Oppositional/Defiant Symptoms?**

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

### **Abstract**

Externalizing behavior disorders in children are difficult to cope with and might have a negative impact both on parent-child interactions and couples relationships, as well as on parents' psychological adjustment. The present study evaluates the effectiveness of a parent training program (Incredible Years Basic Program) for improving positive relationships in Portuguese families of preschoolers showing symptoms of oppositional/defiant disorder (ODD). Eighty three families randomly assigned to an Incredible Years (IY) intervention (n = 44) or to a waiting list control group (n = 39) were evaluated at baseline and six months after (post-intervention), on the following variables: mothers observed positive parenting practices and coaching skills; mothers' self-reported dysfunctional parenting practices; mothers' depressive symptoms; perceived couples intimacy; and children's behavior. Moreover, families who had received the IY program were also assessed in the same variables 12-months after baseline. Observed and self-reported positive parenting practices, couples openness to exterior and children's oppositional behavior improved more significantly from pre- to post-assessment in the intervention group than in the control group (medium to large effect sizes). Changes observed in the intervention group were sustained at the 12-month follow-up. However, the improvements in coaching skills previously observed at the post-intervention assessment in the intervention group decreased over time. The findings indicate that the IY Parent Program is a promising intervention to promote more positive parent-child relationships, decrease children's oppositional behaviors and develop couple's willingness to open to the exterior, from the mother's point of view.

**Key-Words:** Incredible Years; family positive relationships; ODD symptoms; preschoolers

### **Introduction**

Oppositional/Defiant Disorder (ODD) is characterized by a recurrent pattern of negativistic, defiant, disobedient, and hostile behavior toward authority figures (APA, 2000). Along with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), it is one of the major problems for which parents seek help from child mental health services. Despite the lack of consensus as to whether or not young children should be diagnosed with ODD (Wakschlag et. al., 2007), it is becoming clear to the clinicians that nearly half of the preschoolers whose parents seek mental health services for disruptive behavior go on exhibiting behavior problems in school and adolescent years (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Rockhill, Collett, McClellan, & Speltz, 2006). In addition, treatment outcome studies suggest that interventions for these disorders are of limited effect when offered in adolescence (Webster-Stratton, Gaspar, & Seabra-Santos, 2012), highlighting the need for early intervention with these children and their families. In Portugal, there are no studies about ODD prevalence rates in preschool or school ages. However, some studies (Rijo, Motta, Silva, & Brazão, 2013) show that 77.40% of Portuguese juvenile delinquents suffer from disruptive behavioral disorder. These results reinforce the importance of early intervention in children mental health. Moreover, behavior problems in children cause considerable economic costs to the community, but the burden still falls more heavily on the family (Fossum, Handegard, Martinussen, & Morch, 2008). The present study evaluates the efficacy of the Incredible Years Basic Parent Training (IY) in improving the quality of mother-child relationship, mothers psychological functioning, marital quality and children's behavior in a sample of Portuguese families with preschoolers presenting early symptoms of ODD.

Developmental models of disruptive behavior problems have identified several risk factors from a number of different areas contributing to child behavior problems and it is now generally agreed that there are multiple pathways leading to these problems. Thus, an ecological and developmental model is needed in order to understand the development and maintenance of early behavior problems in children. In fact, along with the child's characteristics (e.g., temperament, neurophysiological and cognitive functions), environmental factors (such as parents' characteristics and parent-child attachment) can contribute to the emergence of behavior problems in some children, while in others they serve to escalate or stabilize them (Blommquist & Schnell, 2002). Interactional parenting models suggest that elements of children's environments (e.g., parenting practices, family functioning) influence children's behavior and development in different ways depending on children's characteristics (Patterson & Sanson, 1999). Patterson's anti-social behaviour developmental model (2002) emphasizes childrearing or the parent-child relationship qualities as central to the emergence and maintenance of children behaviour problems. Also, from a transactional and ecological perspective (Sameroff, 2009), early parent-child conflict may set the stage for more prolonged coercive exchanges that become

characteristic of the parent-child relationship. Finally, Belsky's ecological model (1984) proposes that parenting practices are multiply determined by the interaction of parent's personal resources, children's characteristics and social contextual factors, such as marital relations. These factors interact with each other to influence parenting function which in turn influences children behaviour.

Even if it isn't the only influence on children's behavior, parenting has an important role in the development and maintenance of oppositional and aggressive behavior in childhood. As highlighted by Patterson, DeGarmo and Forgatch (2004), ineffective parenting skills, coercive and punitive discipline methods, and lack of monitoring are key factors contributing to child behavioral problems during preschool and elementary school years. Low levels of positive parenting behaviors, such as maternal responsiveness (Shaw, Keenan, & Vondra, 1994) and positive involvement (Gardner, 1994) have also been implicated in the development and maintenance of early behavior problems in children as the stressful and demanding nature of the child's ODD characteristics are likely to evoke negative reactions from other family members and to have a strong impact on family relationships and on the psychological functioning of the parents (for a review see Campbell, 1995). Moreover, parent-child interaction difficulties in families of children with behavior problems have been observed and studies have found that mothers these children' mothers are more directive and negative and less rewarding, as well as more rejecting and aggressive (e.g., Gomez & Sanson, 1994; Shaw, Owens, Giovannelli, & Winslow, 2001). Also, higher behavior problem scores are associated with lower levels of family functioning, and parents of children with higher behavior problems levels report not having much time for themselves as well as higher levels of parental worry, when compared with parents of children with lower levels of problems (Sawyer et al., 2005). Additionally, studies have shown that parents of oppositional/defiant children are distressed in their parenting roles by their children oppositional and aggressive behaviors (Podolski & Nigg, 2001). Baker and Heller (1996), for example, described the experiences of parents as a function of severity of child disruptive behavior in a community sample of preschool children. Their results suggest that parents of children with moderate and high levels of disruptive behavior experienced more child-related stress, a lower sense of parenting efficacy and were more authoritarian and indifferent in their parenting than parents of non-disruptive children. Finally, the link between couple relationship satisfaction and distress, parenting, and child outcomes is well established (Linville et al., 2010) and research has shown that marital problems are associated with angry and non-compliant children (Katz & Gottman, 1994).

In conclusion, parent functioning, parent-child relationships and couples interactions are strongly related to child development, both as risk and as protective factors. Therefore, effective



interventions must target these variables in order to prevent behavior problems in children (Cummings et al., 2000). Coping with troubled children is difficult for parents, as they require close supervision and control. In this context, many behavioral parent programs (BPP) have been developed for helping parents to deal with their children behavior problems (e.g. Sanders, Markie-Dadds, Tully, & Bor, 2000 [Triple P]; Matos, Bauermeister, & Bernal, 2009 [Parent-Child Interaction Therapy]).

In Portugal there is a growing awareness of the potential of parenting programs as promotion, prevention and intervention strategies to improve children and families well-being (Gaspar & Seabra-Santos, 2008). However, evidence-based parenting interventions (EBPI) have not attracted much interest or recognition in our country and few studies have been done on such interventions. The parenting program selected for the present study is the Incredible Years Basic Parent Training (IY; Webster-Stratton, 2001), a manualised program identified as a Blueprints Promising Program by the Center for Violence Prevention at the University of Colorado (<http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/modelprograms.html>) and recommended by the American Psychological Association Task Force as meeting criteria for empirically supported mental health intervention for children (3-8 years old) with conduct problems (<http://www.incredibleyears.com>). The IY is one of the most researched and empirically supported psychosocial interventions for children (3-8 years old) with behavior problems and is used and studied internationally as a treatment for children with severe conduct problems, as well as a preventive intervention (Menting, Orobio de Castro and Matthys, 2013). Its efficacy and effectiveness for children with oppositional/defiant disorder has been evaluated in a series of international randomized control studies (Webster-Stratton, 2011) and in a number of successful replications (Bywater et al., 2009; Hutchings et al., 2007). Recently, in a randomized controlled trial (RCT) using a 14-week IY intervention program with parents of 103 children with behavioral problems, results showed that after the IY program there is a significant improvement both in behavior problems among children and in families well-being, as well as in parenting competencies compared to a wait-list control group (McGilloway et al., 2012). Also, another RCT using a 10-week IY intervention program with parents of 212 children who acknowledged disruptive behaviors on a 20-item checklist, showed that compared to the wait list group, greater improvement was observed in the intervention group on what concerns parenting practices and child disruptive behaviors (Perrin, Sheldrick, McMenemy, Henson, & Carter, 2013). Moreover, a recent meta-analysis on the effectiveness of the Incredible Years Parent Training regarding disruptive behavior, which included fifty studies (where an IY intervention group was compared to a control group) (Menting et al., 2013) showed that positive effects were found for children

disruptive behavior ( $d = 0.27$ ), therefore concluding that this program is an effective intervention for child behavior problems.

In Portugal, the IY has already been translated and implemented (see Webster-Stratton, Gaspar, & Seabra-Santos, 2012 for a review), demonstrating its transportability to the country. Moreover, results from different studies have shown its efficacy in short and long-term in our country (Azevedo et al., 2013a; Azevedo et al., 2013b; Cabral et al., 2009/2010).

The IY directly targets family risk factors by enhancing positive supportive parenting approaches that promote children's social and persistence competence, emotional regulation, problem-solving and pre-academic skills; and decrease negative behaviors through non-violent discipline methods. Also, it aims to promote parent-child bonding and attachment and to improve parental self-control, depression, anger management, communication, and problem solving skills (Webster-Stratton & Reid, 2010). Besides diminishing harsh and inconsistent parenting, increasing positive parenting (Hutchings et al., 2007; McMahon, 2006) and helping to reduce and prevent children's behavioral problems, IY has also shown to be effective in improving variables such as maternal depression (Hutchings, Bywater, Williams, Lane, & Whitaker, 2012). These changes are interpreted mainly as a result of applying problem solving and communication skills (Webster-Stratton & Hammond, 1999), which may also contribute to reducing conflicts/difficulties in the couple. Moreover, one may speculate that some of the activities included in the Program, such as Caring Days (which aim to strengthen support between partners), or giving praise to other adults (which contributes to stimulate couples interaction and focus parents on the positive characteristics of their partners) may also have an impact on couples dynamics, by improving communication between partners and helping them to focus on positive aspects of the relationship.

The foundation of the program is brief video vignettes of modeled parenting skills shown by a therapist to groups of 8-12 parents. The videos demonstrate social learning and child development principles and serve as stimulus for focused discussions, problem solving, and collaborative learning. The program also relies on performance training methods and group training including role play, practice activities, and live feedback from the therapist and other group members. It also emphasizes a commitment to group members' self-management, thus empowering parents who are often seeking help at times of low self-confidence and intense feelings of guilt and self-blame (Webster-Stratton, 1990). By using group process, the program is not only more cost-effective but also addresses an important risk factor for children with conduct problems: family isolation and stigmatization.

This study expands the literature regarding short and long-term effects of the IY on Portuguese preschooler's mothers by replicating and extending this intervention to Portuguese

children with oppositional/aggressive behaviors and analyzing its effectiveness on family outcomes, namely for improving mother-child interactions quality. Moreover, it focuses on a less studied topic with the IY Program: variables of the couple's intimacy that may change after the program, as a consequence of the above mentioned characteristics. Therefore, the first aim of this paper is to evaluate the short-term effectiveness of the IY intervention in improving mothers observed positive parenting practices, coaching skills and mothers' self-reported dysfunctional parenting practices by comparing an intervention group (IG) to a waiting-list control group (CG). Furthermore, it is our aim to describe the long-term outcomes in mother-child interactions in the intervention group. In line with previous research (Gardner, Shaw, Dishion, Supplee, & Burton, 2007), we expect that six-months after the baseline assessments more positive parenting and coaching skills will be observed in mother-child interactions in the IG. It is also expected that mothers in the IG will report less harsh and dysfunctional parenting practices than mothers in the CG.

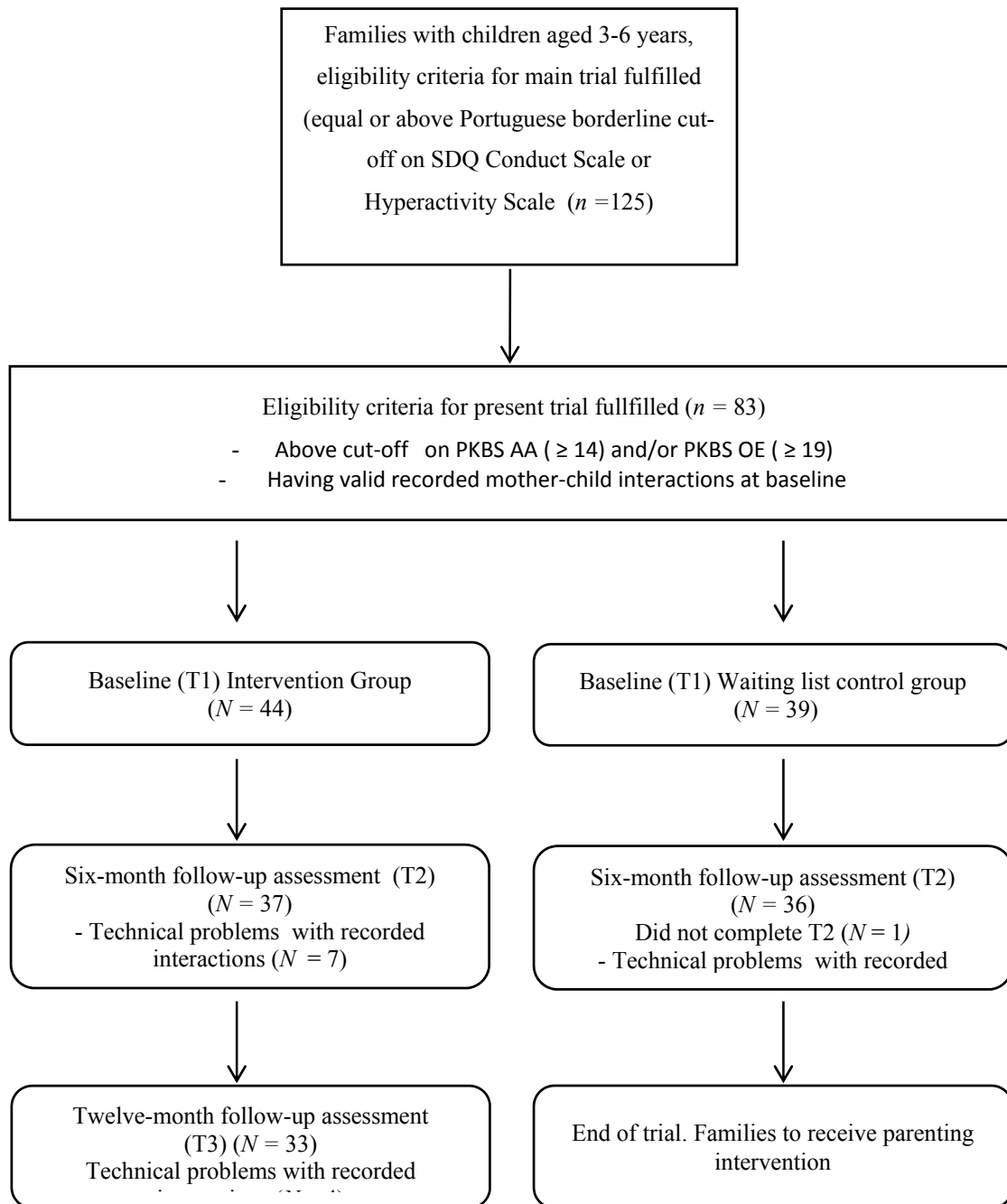
The second aim is to examine whether there is change on secondary outcome measures, such as mothers' depressive symptoms, mothers' perceived marital quality and mothers' perception of children's behavior as a result of having attended the IY intervention, comparing to mothers in the CG. In addition, it is our aim to examine whether these results, obtained after the IY intervention, are sustained after 12 months follow-up.

## **Methods**

### *Participants*

Participants in the research were drawn from an existing sample of 125 families that had been previously randomized to one of two conditions: intervention group (IG, N = 69) and wait-list control group (CG, N = 56). This larger sample was collected for a longitudinal RCT study (from now on referred to as main trial) on the effectiveness of the IY Parents and Teachers Program in Portugal, with preschool children at risk for externalizing behavior disorders and/or behaviors predictive of later AD/HD diagnosis. To be eligible for the main trial, children must have fulfilled the following inclusion criteria: (1) young children between 3 and 6 years old; (2) parents' reports of child's behaviors equal to or above the Portuguese borderline cut-off points (Abreu-Lima et al., 2010) on the Conduct Scale ( $\geq 5$ ) or on the Hyperactivity Scale ( $\geq 7$ ) of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman 1997); (3) mothers willing to attend an IY group. Children were excluded whenever they had a formal diagnosis of neurological or developmental disorder (e.g., autism), severe developmental delay, or in case they were undergoing

pharmacological or psychotherapeutic intervention. In addition, for the present study, other inclusion criteria must have been fulfilled: (1) mother's reports of behavior problems equal or above the 85th percentile on at least one of two subscales of the Preschool and Kindergarten Behavior Scales (PKBS-2; Merrell, 2002; Portuguese version by Major, 2011): Anti-social/Aggressive subscale (cut-off point =14); Oppositional/Explosive subscale (cut-off point = 19); (2) having valid recorded mother-child interactions at baseline. After applying these criteria, 83 families were included in this study as follows: forty-four in the IG and thirty-seven in the CG (see flowchart in Figure 1).



**Figure 1.** Flowchart of participants through each stage of the trial

The characteristics of both the intervention group and the control group participants are presented in Table 1. Groups did not significantly differ in socio-demographic characteristics at baseline. Mothers' data are used for the primary analyses because most primary caregivers (94%) were biological mothers.

Most of the mothers were either married or in a de facto union (82.6%), with a mean age of 34.47 (SD = 4.90) and highly educated (55.4% had a university degree). Twenty-one percent of the mothers self-reported depression symptoms above the clinical cut-off (17; M = 9.74, SD = 7.75) on the Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961). Study children included 61 boys and 22 girls, with a mean age of 54.55 months (SD=11.53). Half of the children were clinically referred (53%). Regarding oppositional and aggressive symptoms, 97.7% children in the intervention group (M = 22.15; SD= 2.75) and 84.6% children in the control group (M = 21.30; SD= 3.15) were at moderate (85th percentile) or high risk level (95th percentile) on the Oppositional/Aggressive PKBS subscale. In the Anti-Social/Aggressive 70% percent of children in the intervention group (M = 16.88; SD= 6.66) and 82% of children in the control group (M = 16.64; SD= 5.24) were at moderate or high risk level. Moreover, 81.9% (N = 68) of the children who met the present paper inclusion criteria also showed signs of co-occurring hyperactive and inattentive behaviors, using as cut-off point parents' reports of AD/HD behaviors equal or above the 80th percentile ( $\geq 21$ ) on the Werry-Weiss-Peters Activity Scale (WWPAS; Routh 1978). These children had previously been included in Azevedo et al. study (2013).

**Table 1.** Participants Socio-Demographics Characteristics

Child Variables	Group		Test ( <i>t</i> / $\chi^2$ )	Sig ( <i>p</i> )	Eta squared ( $\eta^2$ )
	IG ( <i>n</i> =44)	CG ( <i>n</i> =39)			
<b>Child's age (months): Mean<math>\pm</math>SD</b>	53.32 $\pm$ 10.78	55.92 $\pm$ 11.90	-1.04	0.29	0.22*
<b>Child's gender (male): no (%)</b>	31 (70.05%)	30 (76.9%)	0.44	0.50	0.07
<b>Referral: no (%)</b>			1.21	0.54	0.01
Clinic	13 (29.50%)	13 (33.30%)			
Community	13 (29.50%)	21 (53.80%)			
<b>SDQ Cut-Off Point: Mean<math>\pm</math>SD</b>					
CP ( $\geq 5$ )	6.27 $\pm$ 1.84	5.92 $\pm$ 1.45	0.94	0.34	0.21*
<b>PKBS Cut-Off Point: Mean<math>\pm</math>SD</b>					
OE ( $\geq 19$ )	22.15 $\pm$ 2.75	21.30 $\pm$ 3.15	1.31	0.19	0.28*
AA ( $\geq 14$ )	16.88 $\pm$ 6.66	16.64 $\pm$ 5.24	0.18	0.85	0.04*
<b>Number of siblings: no (%)</b>				0.31	0.14
None	20 (45.5%)	20 (51.3%)			
One	19 (43.2%)	19 (48.7%)			
More than one	5 (11.4%)	-			
<b>Families' Variables</b>					
<b>Mothers' age (years): Mean<math>\pm</math>SD</b>	35.38 $\pm$ 4.70	33.49 $\pm$ 4.98	1.76	0.08	0.39*
<b>Mothers' years of education: Mean <math>\pm</math> SD</b>	14.36 $\pm$ 3.87	12.87 $\pm$ 3.42	1.84	0.06	0.40*
<b>Mothers' marital Status: no (%)</b>				0.07	0.21
Married or living as married	40 (91%)	20 (74.4%)			
Single mother	2 (4.50%)	2 (5.10%)			
Divorced/separated	2 (4.50%)	8 (20.50%)			
<b>Family SES*: no (%)</b>				0.06	0.20
Low	13 (29.50%)	13 (33.30%)			
Medium	13 (29.50%)	21 (53.80%)			
High	18 (40.90%)	5 (12.80%)			
<b>Mother's depressive symptoms (BDI): Mean<math>\pm</math>SD</b>	9.00 $\pm$ 7.24	10.15 $\pm$ 8.67	0.41	0.67	0.14*

Notes: SD=Standard deviation; SES=Socioeconomic Status - defined using a standardized classification developed for the Portuguese population considering three categories (Almeida 1988): low (e.g., unskilled workers; industry, transport, agriculture workers); medium (e.g., intermediate technicians; administrative); and high (e.g., owners and entrepreneurs, managers, scientific and intellectual professionals). Based on this classification the family's SES was defined taking on the basis of the highest professional category and educational level of both parents; \* Cohen's *d*

## *Procedures*

The procedures used during the different phases of this study were the same as those used in the main trial: families were recruited in two cities, Coimbra and Porto, from January 2009 to September 2011 from local clinics, child mental health and developmental services, pediatricians' offices, community and preschools (using fliers), and a newspaper advertisement was published. Before the baseline assessment, written informed consent was obtained from the participating families and the main trial was approved by the hospitals' Research Ethics Committees and by the National Commission of Data Protection.

The 125 parents of the main trial eligible children were invited to participate in the study and were subsequently assessed (baseline assessment) by two independent trained psychologists, before the intervention took place. Assessments were conducted in a university community service and at a central hospital and took place at three moments: time 1, pre-intervention (baseline, T1); time 2, post-intervention (six months after baseline, T2); time 3, follow-up (12 months after baseline, T3). At baseline, the assessment protocol for all of the families in the main trial comprised a semi-structured interview, parent-report measures, a laboratory-based mother-child interaction observation, and psychological testing of the child. Two questionnaires (SDQ and the PKBS-2) were also sent to the child's pre-school teacher (Seabra-Santos et al., 2013). After T1, the children were stratified by age and gender, and randomly allocated to a IG or a CG. The assessment protocol was repeated for both groups six months after baseline. The intervention group was further assessed 12 months after baseline. Although all efforts were made to keep the evaluators blind to the families study condition in the post-intervention assessment, this was no longer possible at the 12-month follow-up assessment as only intervention families were evaluated because, for ethical reasons, IY was offered to the CG families after time 2 assessment.

## **Measures**

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

### *Screening measures: Mother Reports of Children Behavior*

The SDQ (Goodman, 1997) is a 25-item inventory designed as a brief behavioral screening measure to assess the occurrence of particular behaviors that have been associated with conduct



problems: hyperactivity, emotional symptoms, peer problems and pro-social behavior in children. It has been translated and adapted for use in Portugal (Fleitlich et al., 2005). The level of internal consistency as assessed by Cronbach alpha for the subscales used with this sample was low (0.46 and 0.57 respectively); nevertheless the SDQ has been included in similar studies (e.g., Hutchings et al. 2007) and has demonstrated good psychometric properties with English samples (Goodman, 2001) and acceptable ones with other Portuguese samples (e.g., a  $\alpha = 0.60$  for hyperactivity and a  $\alpha = 0.59$  for conduct subscale in the Abreu-Lima et al. [2010] study). In this study the SDQ was only used as a first screening measure, to be confirmed by other inclusion criteria (measured by the PKBS-2 subscales).

#### *Ratings of Mother-Child Interaction Behaviors: Observation*

The Dyadic Parent-child Interaction Coding System (DPICS; Robinson & Eyberg, 1981) is an observational measure used to assess the quality of parent-child interaction. It consists of separate behavior categories covering parent and child behaviors which are coded as present or absent for each 5-min segment, during a 25- minute period. Following previous Portuguese and international research (Gaspar & Alarcão, personal communication, February 4, 2010; Hutchings et al. 2007), the current study used two composite categories for the observed parenting: (1) Positive Parenting (labelled and unlabeled praise, positive affect, physically positive behavior and problem-solving); and (2) Coaching (descriptive/encouragement statements and questions, reflective statements and questions). Two trained independent observers who were blind to the hypotheses of the study and the families' group status coded the valid interactions and an overall mean of 76% inter-rater agreement was achieved. In this sample, intra-class correlations for the variables analyzed were 0.97 and 0.91 for mothers Positive Parenting and Coaching scores respectively.

#### *Mother Reports of Parenting Practices, Depressive Symptoms and Couple's Intimacy*

The Parenting Scale (Arnold et al., 1993) is a thirty-item inventory measuring dysfunctional discipline practices through three different subscales: Laxness (11 items), Overreactivity (10 items) and Verbosity (7 items). Internal consistency in the original study was adequate, ranging from 0.63 to 0.84 (Arnold et al., 1993). In Portuguese exploratory non-clinical samples with preschool-age children (see Seabra-Santos et al., 2013 for these studies) the PS has shown lower levels of internal consistency (from 0.63 to 0.74), and even lower for the Verbosity subscale (0.41). The same was found for this study: Cronbach alpha coefficients for this scale range

between 0.51 (Verbosity) to 0.65 (Overreactivity), 0.73 (Laxness) and 0.76 (Total score); The Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961) is a twenty-one item self-report inventory measuring the severity of symptoms associated to depression. Respondents rate the intensity of 21 depressive symptoms on a 0 (no symptomatology) to 3 (severe symptomatology) scale, and a score is derived from summing these ratings. The BDI was translated and adapted to Portuguese population by Vaz Serra and Pio Abreu (1973) and has demonstrated good psychometric properties. In our sample internal consistency was 0.88. The Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR, Shaefer & Olson, 1981) is a 36-item questionnaire which assesses marital quality. More specifically, it assesses the degree of intimacy in a dyadic relationship. Higher scores in its different subscales are related to a more positive perception of the couple's relationship. The PAIR was translated and adapted to Portuguese population by Moreira, Amaral and Canavarro (2009) and has demonstrated good psychometric properties (Cronbach alpha coefficients between 0.71 and 0.88). The Portuguese version comprises three factors: Personal Validation (14 items), Communication (10 items) and Openness to Exterior (5 items) with Cronbach alpha coefficients on our sample of .79, .86 and .88 respectively.

#### *Mother Reports of Children Behavior Outcomes*

The Preschool and Kindergarten Behavior Scales—2nd Edition (PKBS-2, Merrell, 2002) is an 80-item behavior rating scale designed to measure social skills and problem behaviors of preschoolers. This instrument can be completed by parents, teachers or other caregivers and comprises two separate scales: a 34-item Social Skills Scale and a 46-item Problem Behavior Scale. For the aim of the present paper we analyzed Oppositional/Explosive (O/E) (9 items; score range from 0 to 27) and Antisocial/Aggressive (A/A) (12 items; score range from 0 to 36) externalizing behavior problems subscales. The PKBS-2 was translated and adapted to Portuguese children by Major (2011) and has demonstrated good psychometric properties (Cronbach alpha coefficients between 0.76 and 0.97). In the present sample, Cronbach alpha coefficients for the subscales used were 0.83 and 0.60 for the A/A and O/E subscales, respectively.

#### *Parent's Self-Reported Program Satisfaction: Consumer Satisfaction*

Incredible Years Parent Program Satisfaction Questionnaire (Reid, Webster-Stratton, & Beauchaine, 2001) is a fifty-three item questionnaire used to measure parental satisfaction at the end of the program. Mothers are asked to rate the program regarding overall satisfaction, the usefulness of the parenting techniques, the difficulty of implementing them, and the group leaders

skills. Mothers are also asked to comment on their feelings concerning the group and to indicate which aspects of the sessions were the most helpful and which they most liked/disliked.

### **Intervention Protocol: The Incredible Years Basic Parent Training**

The IY BASIC Parent Program (Webster-Stratton, 2001) main goals are: to strengthen the parent-child relationship and encourage child cooperation; to increase parents' nurturing and positive parenting skills; to encourage effective limit setting; and to promote the use of non-violent discipline strategies.

The 14-week intervention was delivered weekly to nine groups of nine to twelve parents in two-hour sessions that took place either at a university community service (82% of groups) or in a central hospital (18% of groups). All sessions took place in the evening (after work, from 6 to 8 pm) and partners were strongly encouraged to attend. Supervised childcare was offered to children, as well as a light snack to parents and children, in order to enhance parents' attendance. Like in other studies analysing the effects of IY on children behaviors (e.g., Posthumus, Raaijmakers, Maassen, van Engeland, & Matthys, 2012) two booster sessions were carried out for clinical and ethical reasons (in order to review parenting strategies, discuss new problems, prevent relapse, and reinforce parents' support). The first one took place nine months after baseline (between assessments T2 and T3); and the second one 15 months after baseline (after assessment T3).

Each session followed the same structure and included a review of the previous one, feedback and discussion about parents' home activities (e.g., skill practicing, buddy-calls) introduction of a new topic (e.g., brainstorming), presentation of video vignettes (with Portuguese subtitles) illustrating parenting skills, group discussion and new strategies practice (e.g., role-plays). In order to promote the relationship between parents and leaders and to keep parents involved in the group training, the group leaders called the parents every week. In addition, individual extra time was offered at the beginning of each session and handouts were sent to parents who missed sessions (Webster-Stratton, 2001).

Training and treatment integrity: Assumptions of fidelity and integrity regarding treatment were respected. The Incredible Years Program has a certification/accreditation process which is about delivering the contents of the program in a collaborative way and aims to maximize fidelity issues. In this trial, the program was delivered by six trained group leaders with child mental health psychology or psychiatry and teaching background and at least 10 year of experience in their fields. All of them had followed the Incredible Years accreditation process to ensure program delivery quality: leaders had attended the accredited three-day IY basic leader

training by an IY-accredited trainer; had run a pilot group prior to the study; had received videotape feedback on a session by an independent IY trainer who evaluated the treatment implementation fidelity, and had either been accredited as group leaders ( $n = 4$ ) or were undergoing the accreditation process ( $n = 2$ ).

To ensure a minimum integrity level, 80% of all the sessions were videotaped (124 sessions) for weekly self-evaluation and for regular peer supervision. Group leaders received support and consultation from an IY-accredited trainer. Also, group leaders closely followed the IY protocol; provided standardized materials and translated handouts for all parents; completed leader checklists for 80% of all delivered session for monitoring protocol adherence; reviewed peer and self-evaluation questionnaires as well as the weekly parent satisfaction questionnaires to check parents' participation and engagement in the program's contents and methods (e.g., use of video, role plays, group discussion).

#### *Program Attendance Rate*

Attendance was high with an average of 11 sessions (out of 14) being attended and 81.5% of mothers attending nine or more group sessions.

#### *Attrition*

Attrition rates concerning assessment completion were generally low. From the 83 families assessed at baseline, 73 (88%) completed T2 assessment (six months after baseline). From the 10 families who did not complete the T2 assessment, seven were from the IG and two from the CG; another one from the CG dropped out of the trial. No significant differences were found between the two groups regarding the number of cases lost for six-month post-intervention assessment ( $\chi^2 = 1.31, p = 0.25$ ).

Regarding the 12-month post-intervention assessment, data were obtained for 75% of the families in the IG. This means that, from the 44 families who completed T1 assessments, 11 were lost to the T3 assessment.

#### *Post-treatment Therapy and Medication*

From the thirty-three (75%) treated children assessed at T3, four (7.2%) had meanwhile been referred for additional treatment (outpatient clinics); and two (3.7%) had initiated pharmacological intervention. No statistically significant differences emerged on socio-demographic and clinical measures between children referred for additional treatment or

pharmacological intervention and children who had not started medication or any other additional treatment. Post-treatment therapy/intervention/medication is therefore an implausible explanation for the maintenance of treatment effects.

## Data Analysis

Statistical analyzes using SPSS 20.0 were performed. The inclusion criteria for this study are based on the data provided by primary caregivers (mostly mothers or, in some cases, other female figures) at baseline assessments. However, results from fathers who participated in the trial were also collected and will be explored in future papers.

Baseline comparisons of continuous and categorical variables were done with t- and chi-square tests, respectively. Analysis of variance using the General Linear Model (GLM) for Repeated Measures were performed, more specifically MANOVAs (for multivariate analysis) and ANOVAs (for total scores), with Group as the between-subjects factor and Time as the within-subjects factor. The outcome measures at T2 and T3 were directly compared in order to test the maintenance of effects. Greenhouse-Geisser corrections for violations of sphericity and compound symmetry were used.

Effect sizes (ES) were calculated with eta square ( $\eta^2$ ) and classified according to Cohens' principles: 0.01 for a small effect, 0.06 for a medium effect and 0.14 for a large effect size (Cohen, 1988). The significance level used was .05. An intention-to-treat analysis (ITT) was also carried out, which included all allocated cases and adopted the conservative assumption of no change from baseline to post-intervention in lost cases.

## Results

### *Group comparisons at baseline*

ANOVA's revealed no significant differences between groups at baseline (see Table 2 for M and SD), except for mothers' DPICS observed coaching variable (CG<IG;  $t(79) = 2.69, p = 0.00$ ).

### *Short-term Intervention Effects*

These findings are summarized in Tables 2 and 3, where means and standard deviations for both groups at baseline and post-intervention assessment, results of repeated measures MANOVAs (Group X Time effect) and ANOVAs and the Eta Squared are reported. In the text, only outcomes for participants who have completed the assessments will be reported. However, the results from the ITT analysis are also presented in Tables 2 and 3. In general, the two analyses produce identical results.

#### DPICS: Observed Mother-Child Behaviors

The overall F in the DPICS observational measure MANOVA was significant ( $F(2, 71) = 10.61, p = 0.00, \eta^2 = 0.13$ ). Univariate tests indicate that mothers in the IG had a greater increase in positive parenting behaviors while interacting with their children than mothers in the CG ( $F(2, 71) = 18.91, p = 0.00, \eta^2 = 0.21$ ). Regarding mothers observed coaching skills, scores increased in the IG, while they decreased in the CG, showing a significant group X time interaction effect ( $F(2, 71) = 8.27, p = 0.00, \eta^2 = 0.10$ ).

#### Mother's Self-reported Measures

As presented in Table 2, the overall F in the domain of mothers' self-rating parenting practices was significant ( $F(2, 77) = 12.45, p = 0.00, \eta^2 = 0.35$ ). Univariate tests in this domain also indicate that there was a larger decrease in mothers PS Total scores ( $F(1, 76) = 29.38, p = 0.00, \eta^2 = 0.29$ ). Examining the Arnold subscales separately, there was a larger decrease in Laxness ( $F(2, 77) = 4.82, p = 0.03, \eta^2 = 0.06$ ), Overreactivity ( $F(2, 77) = 15.54, p = 0.00, \eta^2 = 0.18$ ) and Verbosity ( $F(2, 77) = 27.07, p = 0.00, \eta^2 = 0.27$ ) practices in mothers in the IG when compared to mothers in the CG.

Regarding couple's intimacy, the overall F was not significant ( $F(2, 57) = 2.01, p = 0.12, \eta^2 = 0.10$ ). However, univariate tests revealed a significant interaction effect on Openness to Exterior subscale: mothers in the IG reported a greater increase on the O/E subscale ( $F(2, 57) = 5.34, p = 0.02, \eta^2 = 0.08$ ) from baseline to six-month post-intervention assessment. No other significant group X time interaction effects were found on PAIR subscales.

No significant interaction effects were found for mother's depressive symptoms from baseline to six-month post-intervention assessments.

### Mother Reports of Children Behavior Outcomes

Regarding children oppositional behaviors reported by mothers, the overall  $F$  was not significant ( $F(2, 77) = 2.19, p = 0.11, \eta^2 = 0.05$ ). However, univariate tests revealed a significant interaction effect on PKBS Oppositional/Explosive subscale ( $F(2, 77) = 4.44, p = 0.03, \eta^2 = 0.05$ ): from baseline to six-month post-intervention assessments, mothers in the IG reported a larger decrease in children's oppositional/aggressive behaviors comparing to the CG. No significant interaction effect was found for anti-social/aggressive behaviors reported by mothers (PKBS-A/A).

**Table 2.** Descriptive statistics, univariate and multivariate main and interaction effects

Variable	Per protocol analysis						Intention to treat analysis (IG = 44; CG = 39)			
		Intervention Group		Control Group		Group X Time	ES	Group X Time	ES	
	<i>N</i>	Baseline	Post	<i>N<sup>a</sup></i>	Baseline	Post	( <i>F, p</i> )	$\eta_p^2$	( <i>F, p</i> )	$\eta_p^2$
<i>Lab observed behaviors</i>										
DPICS	37						10.61 (0.00) **	0.13	10.58 (0.00) **	0.23
Positive Parenting		19.64±12.4 <sub>1</sub>	30.37±14.09	36	15.75±8.83	14.22±6.79	18.91 (0.00) **	0.21	18.72 (0.00) **	0.20
<i>Coaching<sup>b</sup></i>		23.37±13.0 <sub>6</sub>	29.00±15.09	36	15.33±9.11	12.58±7.06	8.27 (0.00) **	0.10	8.52 (0.00) **	0.10
<i>Mother self-reports</i>										
PS	42			37			12.45 (0.00) **	0.35	14.18 (0.00) **	0.36
Total		3.64±0.58	3.01±0.47		3.73±0.62	3.66±0.58	29.38 (0.00) *	0.29	34.48 (0.00)	0.30
Laxness		3.01±0.80	2.59±0.75		3.12±1.00	3.02±0.91	4.82 (0.03) **	0.06	6.18 (0.01) **	0.07
Overreactivity		3.69±0.77	3.05±0.68		3.72±0.88	3.71±0.77	15.54 (0.00) **	0.18	18.03 (0.00) **	0.19
Verbosity		4.27±1.07	3.28±0.81		4.22±0.81	4.25±0.78	27.07 (0.00) **	0.27	30.66 (0.00) **	0.28
PAIR	34			25			2.01 (0.12)	0.10	2.06 (0.11)	0.09
Total		85.09±20.6 <sub>4</sub>	84.43±22.24		94.08±22.0 <sub>8</sub>	87.28±18.87	1.65 (0.20)	0.02	1.34 (0.25)	0.02
Op/Ext		11.30±4.05	12.12±3.56		12.44±3.83	11.86±3.37	5.34 (0.02) **	0.08	5.40 (0.02) **	0.08
S/V		33.25±9.58	33.34±9.77		35.92±9.98	33.20±8.19	2.18 (0.14)	0.03	1.95 (0.16)	0.03



C		25.34±5.80	23.75±6.38		28.04±6.54	25.36±5.83	0.65 (0.42)	0.01	0.38 (0.53)	0.00
BDI	40	9.02±7.29	6.61±5.66	35	9.28±8.25	7.90±8.13	0.41 (0.52)	0.00	0.72 (0.39)	0.00
<i>Mother reports on child behavior</i>										
PKBS	42			37			2.19 (0.11)	0.05	3.01 (0.05)	0.07
A/A		17.16±6.59	14.21±7.16		16.56±5.41	15.28±5.78	1.57 (0.21)	0.02	2.23 (0.13)	0.02
O/E		22.09±2.74	18.69±4.34		21.65±3.14	20.25±3.55	4.44 (0.03) **	0.05	6.09 (0.01) **	0.05

Results are expressed as mean ± standard deviation; *DPICS* Dyadic Parent-Child Interaction Coding System; *PS* Arnold Parenting Scale; *BDI* Beck Depression Inventory; *PAIR* Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale; *Op/Ext* Openness to Exterior; *S/V* Self Validation; *C* Communication; *PKBS* Preschool and Kindergarten Behavior Scales; *O/E* Oppositional/Explosive; *A/A* Antisocial/Aggressive; <sup>a</sup> *N* differ due to missing data; <sup>b</sup> Significant baseline difference between groups on this measure; Greenhouse-Geisser epsilons were used to correct *p* values for violations of sphericity and compound symmetry; Significant follow-up assessment differences between the two condition: \*\* *p* ≤ .05, \*Marginal result (> 0.05 and < 0.10)

*Maintenance Effect for the Intervention Group (T2-T3)*

Although a significant change from T1 to T2 was found in outcome variables other than those presented, only the outcome variables for which significant or marginally significant interaction effects (time X condition) were found from T1 to T2 are reported in this analysis, as the absence of a control group at T3 could bias the interpretation of the findings if done otherwise.

*Mother's Reported and Observed Measures*

As shown in Table 3, from T2 to T3 the overall F was significant regarding mother-child observed interactions ( $F(2, 31) = 3.51, p = 0.04, \eta^2 = 0.21$ ). The post intervention effect that had been observed for Coaching (from T1 to T2) faded out by the 12-months follow-up assessment ( $F(2, 31) = 6.21, p = 0.01, \eta^2 = 0.19$ ). However, regarding Positive Parenting, results remained stable from T2 to T3, suggesting the maintenance of post-treatment effects on this specific variable.

Also, regarding mothers' self-rated dysfunctional practices, (Laxness, Overreactivity and Verbosity) from T2 to T3, the overall F was not significant ( $F(2, 33) = 0.50, p = 0.68, \eta^2 = 0.04$ ): results on mothers' dysfunctional practices remained stable and non-significant differences were found from T2 to T3. Overall, the effect sizes ranged from 0.00 to 0.04, indicating small changes from T2 to T3.

On PAIR, no significant change was found from T2 to T3 on the Openness to Exterior variable, suggesting the maintenance of post-treatment effects on that specific variable.

Finally, on mother's perception of children oppositional behavior, results remained stable and non-significant differences were found from T2 to T3.

**Table 3.** Differences from post-intervention assessment to follow-up assessment in the intervention condition: Parent and child outcome measures

Variable	N <sup>a</sup>	Per protocol analysis				ITT			
		Baseline T1	Post T2	Follow-up T3	T2-T3 ( <i>F, p</i> )	ES	N <sup>a</sup>	T2-T3 ( <i>F, p</i> )	ES
<i>Lab observed behaviours</i>									
<i>DPICS (Mother)</i>	33				3.51 (0.04)	0.21	44	3.94 (0.02)	0.19
Positive Parenting		18.14±12.84	31.25±13.00	28.10±14.85	1.09 (0.30)	0.04		4.07 (0.06)	0.11
Coaching <sup>1</sup>		23.81±15.05	30.69±14.79	24.00±15.17	6.21 (0.01) **	0.19		7.31 (0.01) **	0.18
<i>Mother self-reports</i>									
PS	35				0.50 (0.68)	0.04	44	0.25 (0.85)	0.01
Total		3.69±0.59	2.99±0.47	2.97±0.50	0.07 (0.78)	0.00		0.06 (0.80)	0.00
Laxness		3.03±0.81	2.55±0.68	2.44±0.69	1.62 (0.21)	0.04		0.82 (0.37)	0.02
Overreactivity		3.66±0.73	3.07±0.73	3.10±0.62	0.24 (0.62)	0.00		0.04 (0.82)	0.00
Verbosity		4.29±1.07	3.26±0.76	3.31±0.90	0.19 (0.66)	0.00		0.14 (0.70)	0.00
PAIR	35								
Op/Ext		12.04±3.29	12.50±3.24	13.04±3.32	1.08 (0.30)	0.04		2.14 (0.15)	0.06
<i>Mother reports on child behaviour</i>									
PKBS	35								
O/E		22.55±2.38	18.55±4.1	18.44±4.95	0.02 (0.86)	0.00		0.75 (0.38)	0.01

Results are expressed as mean ± standard deviation; *DPICS* Dyadic Parent-Child Interaction Coding System; *PS* Arnold Parenting Scale; *PAIR* Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale; *Op/Ext* Openness to Exterior; *PKBS* Preschool and Kindergarten Behavior Scales; *O/E* Oppositional/Explosive; <sup>a</sup> N differ due to missing data <sup>1</sup>Significant baseline difference between groups on this measure; \*Greenhouse-Geisser epsilons were used to correct *p* values for violations of sphericity and compound symmetry; Significant follow-up assessment differences between the two condition: \*\* *p* ≤ .05, \*Marginal result (> 0.05 and < 0.01)

### *Consumer Satisfaction*

After the 14-session program, 98.3% of the mothers would recommend (3.4%) or highly recommend (94.9%) this program to other parents; 98.3% of the mothers had positive (30.5%) or very positive feelings about the program (67.8%); and 84.7% of the mothers reported that they did not need additional help after the end of the program.

### **Discussion**

This paper has analysed the short and long-term effects of a parent-based intervention, the IY, on a sample of Portuguese families of preschoolers with ODD behaviors. We compared the baseline (T1) and the six-month post-intervention assessments (T2) of two groups (IG and CG) and it was expected that the changes in mothers observed positive parenting and mothers' self-reported dysfunctional parenting practices, perception of marital quality, depressive symptoms and perceptions of children behavior from T1 to T2 would be greater after the 14-week parent intervention compared to the CG. Moreover, we analyzed whether these post-intervention expected changes were maintained twelve-months after baseline (T3).

Overall, results suggest that the IY intervention can make a positive difference in improving mother-child interactions quality in Portuguese families of preschoolers with ODD behaviors and also in improving children's oppositional behavior. The effects found in the six-month post-intervention assessment remained stable over time, as demonstrated by non-significant differences and small effect sizes between T2 and T3 assessments. Additionally, significant differences were found on the Openness to Exterior PAIR's subscale which were sustained from T2 to T3. No differences were found between the two groups either on other PAIR subscales or on mothers' depressive scores, from T2 to T3. Finally, mothers in our study were extremely committed to the program, confirming the positive acceptability of IY in Portugal (Azevedo et al., 2013a), as shown by high attendance rates and reported satisfaction.

In summary, these findings are encouraging and add new evidence to support the short and long-term effectiveness of the IY parent program as a successful method of early intervention to promote the development of quality mother-child interaction, some dimensions of quality of marital relationships and children's oppositional behavior in a specific Portuguese sample of families with children with early signs of ODD. Thus, these results extend the demonstrated impact of IY with other subsamples of Portuguese preschool children to a new segment of the Portuguese population, where these programs are still taking their first steps through implementation and research (Webster-Stratton et al. 2012).

Regarding our major findings (primary outcome), and in line with Gardner, Burton and Klimes (2006) randomized controlled trial, with 76 children referred for conduct problems and follow-ups at six and 18 months, the main improvements found in our study were on mothers observed positive parenting. These results suggest the efficacy of the IY parent program in promoting, in the short and long-term, the development of more positive parenting behaviors in mothers, while interacting with their children. Furthermore, these results are in agreement with mothers' reduction of dysfunctional parenting, such as overreactivity and verbosity practices, although this latest result should be interpreted cautiously due to the low internal consistency of these subscales in our sample. The fact that these changes are sustained after 12 months of follow-up is extremely relevant, since positive parenting is considered an important mediator of treatment outcomes (Gardner et al., 2006). Moreover, it is recognized that preschoolers with early ODD symptoms may be more sensitive to negative parenting and there is an increased risk of the development of a negative cycle of coercive parent-child interactions and comorbid behavior problems. Therefore, investing in positive parenting behaviors increase is of great preventive value.

Also, in what regards mothers observed coaching behavior, the IY parent program seems to have a short-term effect. This finding is particularly relevant given the differences observed at baseline in coaching behavior between the two groups, with parents in the IG having higher scores on this variable. While this difference would make the potential for higher improvement in the CG, the opposite was observed. Unfortunately, in contrast to the findings of Bywater and colleagues (2009) obtained with 104 parents of preschool children with behavior problems, this post-intervention effect faded out by the 12-months follow-up assessment. Some possible explanations can be proposed for this result. Firstly, the intervention program was not successful enough in sustaining this parenting skill. We could speculate that due to the fact that children with ODD symptoms often have self-regulation difficulties, more time would be necessary to allow parents to practice these specific skills (i.e. descriptive persistence and social-emotional comments) more intensively, like in the longer version of IY used by Webster-Stratton, Reid, & Beauchaine (2011). Secondly, it may also suggest the need for using more methods to reinforce parenting skills and maintain improvements (e.g. additional booster sessions; the establishment of a post-intervention support network for parents).

These results are consistent with and follow the same trend as other Portuguese studies with the IY parenting program. For example, Azevedo and colleagues (Azevedo et al., 2013a; Azevedo et al., 2013b), in the above mentioned study, which aimed to evaluate the efficacy of the IY in reducing hyperactive and inattentive behaviors, also found that the IY intervention improved mothers positive parenting and coaching skills, while it reduced dysfunctional parenting and;

these results were sustained over time (except for mother coaching behavior results, which also faded out by the 12-months follow-up). Similarly, in a Portuguese community sample of socio-economically disadvantaged families at risk of developing children behavior problems (Cabral et al., 2009/2010) the IY Parenting Program has also improved parenting practices and increased parents' empathy and sensitivity regarding the child's needs.

In relation to our secondary outcome measures, the IY program results were encouraging. Considering couple's intimacy, although there were no significant differences between intervention and control groups, on what concerns the Communication and Self-Validation subscale from pre- to post-assessments, significant differences were found on the Openness to Exterior subscale and these differences are sustained from T2 to T3. It might be that, as the IY program emphasizes the benefits of having a supportive parents' network, it contributes to increase the couple's willingness to be more open to others, namely, to shared friends. Some possible explanations to the lack of results in the other subscales are: (1) the smaller size of the sample, due to the fact that mothers did not always complete this questionnaire as they considered some of its items too intimate; (2) the fact that among maritally-distressed couples, a simple parenting intervention might not be as effective as interventions that include training in couple-communication (Dadds, Schwartz, & Sanders, 1987).

Regarding children's behaviors, and in line with the results reported by Menting and colleagues meta-analysis (2013), differences were found between the IY intervention group and the control group in mothers' perceptions of children oppositional behaviors suggesting the efficacy of the IY parent program in reducing oppositional behaviors in the short and long-term. Although different from the results reported in other Portuguese studies in what concerns children oppositional/aggressive problems (Azevedo and colleagues, 2013a); Cabral and colleagues, 2009/10) the improvements in children oppositional behavior found in the present study could be related to the fact that in order to be included in this study, mothers reports of children behavior problems had to be equal or above the 85th percentile on at least one of two subscales of the PKBS-2. The degree of co-morbidity between ODD and AD/HD behaviors is higher than in other studies (e.g. Jones et al., 2007; Webster-Stratton et al., 2011), which can be explained by the low cut-off points considered for inclusion, since we wanted to address children who might be at-risk for ODD and who were not actually diagnosed. However, we can expect that, as a sample, children in the present study exhibit more oppositional behaviors than those displayed by children in the Azevedo study (2013a), where the main inclusion criteria was the presence of hyperactive behaviors.

Finally, and although many studies have found both high levels of maternal depression and reduction in depression post-intervention (Hutchings et al., 2012) in the present study there

were low levels of mothers baseline depression scores, which might explain the absence of potential for improvement concerning this variable.

In conclusion, this study offers preliminary support for the short and long term benefits of IY intervention in a sample of Portuguese families with preschoolers presenting early ODD signs. Moreover, it has several strengths. Firstly, it includes a direct-observation measure of mother-child interaction at baseline, six and 12-month assessments, therefore reducing the risk of bias that exists when measures are collected only indirectly, from the participants' point of view (Gardner et al., 2006); secondly, it uses a multi-method assessment, blind evaluators in both assessments and blind participants until group allocation, and a low attrition rate; finally, it is a longitudinal design, including data from a 12-month follow-up. All these positive aspects assure the study interest and validity.

Nevertheless, some weaknesses recommending caution in the interpretation of some of the results should be considered. Firstly, the generalization of findings must be carefully read, due to: a potential sample selection bias, since not all families might have been willing to participate in this study because of its length (this issue must be systematically addressed and evaluated in future studies); the fact that half of the mothers in this sample had attended higher education; and also the context in which this study took place (primarily, a university-based context). Secondly, there was no untreated control group at the 12-month follow-up, nor were evaluators blind to the families' treatment group at this point. By only analyzing variables showing marginal or significant intervention effects from pre- to post-assessment, when compared to control group, we tried to overcome this limitation, but it is impossible to rule out the possibility that the effects found from T1 to T3 may have been caused by maturation or other changes in these families' lives (Webster-Stratton et al., 2012). Thirdly, the small sample size limits the power of findings and the possibility to generalize and reduces the power of the analysis to detect small effects. Finally, due to the lack of reliable Portuguese instruments for this age group, measures were selected based on other similar international studies (e.g., Jones et al., 2007; Hutchings et al., 2007) and on previous data from Portuguese samples (see Seabra-Santos et al., 2013, for revision of studies). Nevertheless, the psychometric properties of some of the measures are motives for concern (e.g., SDQ and Parenting Scale) and must be addressed in future studies.

Overall, results from this study are promising for the efficacy of this intervention in improving quality in parent-child interactions, increasing couples' intimacy on what concerns their willingness to open to the exterior, and improving child behavior. Moreover, mothers' engagement in the intervention was high, with high rates of attendance and low drop-out rates. The findings reported here support the importance of early childhood intervention and the utility of evidence based parenting programs in improving the quality of parent-child relationships and

families overall quality of life. However, it is important to continue to evaluate the long-term effectiveness of IY and to conduct studies to determine if a larger dose of the program or the combination with other programs, targeting school, the couple or the child more directly, might add clinically significant improvements (Webster-Stratton et al., 2012).

In conclusion, although interventions for at-risk preschool children have been shown to be essential in the quality of parent-child relationships promotion (Hutchings et al., 2007), this kind of procedure is not common in Portugal. Nevertheless, this and other studies have proven that intervening as early as possible can have lifelong benefits and help children with behavioral difficulties and their families to improve their relationships and overall well-being and quality of life.

#### Acknowledgments

This work was supported by the Foundation for Science and Technology (PhD grant: SFRH/BD/43562/2008; project research grant: PTDC/PSI-PED/102556/2008, also funded by the program Compete in its component Feder). We are very grateful to all the parents and children that kindly participated in this study; and to our project team (group leaders, evaluators and advisers) for their involvement and constant support.

#### Declaration of Conflicting Interests

The authors declare that they have no conflict of interests with respect to the present paper research.



## References

- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M., & Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório [Assessment of parental education interventions: Report]*. Retrieved from [http://www.cnpcjr.pt/preview\\_documentos.asp?r=3493&m=PDF](http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF)
- Almeida, L. (1998). *O raciocínio diferencial dos jovens portugueses: Avaliação, desenvolvimento e diferenciação [Differential reasoning in Portuguese youth: Assessment, development and differentiation]*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Arnold, D., O'Leary, S., Wolff, L., & Acker, M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment, 5*, 137–144.
- Azevedo, A., Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., & Homem, T. (2013a). The Incredible Years Basic Parent Training for Portuguese preschoolers with AD/HD behaviors: Does it make a difference? *Child and Youth Care Forum*. doi: 10.1007/s10566-013-9207-0
- Azevedo, A., Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., & Homem, T. (2013b). A parent-based intervention program involving preschoolers with AD/HD behaviors: Are children's and mothers' effects sustained over time? *European Child and Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-013-0470-2
- Baker, B. & Heller, T. (1996). Preschool children with externalizing behaviors: Experience of fathers and mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 513-32.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 53–63.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development, 55*, 83–96.
- Bloomquist, M., & Schnell, S. (2002). *Helping children with aggression and conduct problems: Best practices for intervention*. London: Guilford Press.
- Bywater, T., Hutchings, J., Daley, D., Whitaker, C., Yeo, S., Jones, K., ... Edwards, R.T. (2009). Long-term effectiveness of a parenting intervention in Sure Start services in Wales for children at risk of developing conduct disorder. *British Journal of Psychiatry, 195*, 318–324. doi:10.1192/bjp.bp.108.056531
- Cabral, A., Ferreira, A., Santos, J., Gaspar, M., Silva, P., & Eufrazia, R. (2009/2010). *Uma aventura no mundo da família [An adventure in the world of the family]*. Gouveia: Edições GAF.

Campbell, S. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113–149. doi: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657.x

Campbell, S., Shaw, D., & Gilliom, M. (2000). Externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467–488. doi: 10.1017/S0954579400003114

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum.

Cummings, E., Davies, P., & Campbell, S. (2000). *Developmental psychopathology and family process*. New York: Guilford Press.

Dadds, M., Schwartz, S., & Sanders, M. (1987). Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 396–403. doi: 10.1037/0022-006X.55.3.396

Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). *Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Port) [Strengths and Difficulties Questionnaire, Portuguese Version]*. Retrieved from [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org).

Fossum, S., Handegard, B., Martinussen, M., Mørch, W. (2008). Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents: A meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry* 17, 438–51.

Gaspar, M., & Seabra-Santos, M. (2008). First results from the translation, implementation and researching of the Webster-Stratton “Incredible Years” Basic Parenting Programme in Portugal. In C. Canali, T. Vecchiato & J. Whittaker (Eds.). *Assessing the “evidence-base” of intervention for vulnerable children and their families* (pp.115-117). Padova: Fondazione Emanuela Zancan onlus.

Gardner, F. (1994). The quality of joint activity between mothers and their children with conduct problems. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 35, 935–949. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb02303.x

Gardner, F., Burton, J., & Klimes, I. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1123–1132. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01668.x

Gardner, F., Shaw, D., Dishion, T., Supplee, L., & Burton, J. (2007). Randomized prevention trial for early conduct problems: Effects on proactive parenting and links to toddler disruptive behavior. *Journal of Family Psychology*, 21, 398–406. doi: 10.1037/0893-3200.21.3.398

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, 581–586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337–1345. doi:10.1097/00004583-200111000-00015

Gomez, R., & Sanson, A. (1994). Mother-child interactions and noncompliance in hyperactive boys with and without conduct problems. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 35, 477–490. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb01735.x

Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., & Edwards, R. (2007a). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: Pragmatic randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 334, 678-682. doi:10.1136/bmj.39126.620799.55

Hutchings, J., Bywater, T., Williams, M., Lane, E., & Whitaker, C. (2012). Improvements in maternal depression as a mediator of child behaviour change. *Psychology*, 3, 795–801. doi: 10.4236/psych.2012.329120

Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2007). Efficacy of the Incredible Years Basic parent training program as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: Care, Health and Development*, 33, 749–756. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00747.x

Katz, L. F., & Gottman, J. M. (1994). Marital conflict styles and children's emotions. In R. Parke & S. Kellam (Eds.), *Exploring family relationships with other social contexts* (pp. 49-74). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Press.

Linville, D., Chronister, K., Dishion, T., Todahl, J., Miller, J., Shaw, D., Gardner, F. and Wilson, M. (2010). A longitudinal analysis of parenting practices, couple satisfaction, and child behavior problems. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36, 244-255. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00168.x

Major, S. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas [Assessment of social skills and behavior problems in preschool ages: Portrait of Portuguese children]* (Doctoral Dissertation). Retrieved from [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese\\_Sofia%20Major.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese_Sofia%20Major.pdf)

Matos, M., Bauermeister, J., & Bernal, G. (2009). Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Family Process*, 48, 232–252. doi:10.1111/j.1545-5300.2009.01279.x

McGilloway, S., Mhaille, G., Bywater, T., Furlong, M., Leckey, Y., Kelly, P., Comiskey, C., & Donnelly, M. (2012). A parenting intervention for childhood behavioral problems: A randomized controlled trial in disadvantaged community-based settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 1161-1177. doi: 10.1037/a0026304

McMahon, R. (2006). Parent training interventions for preschool-age children. In R. Tremblay, R. Barr & R. Peters (Eds.), *Encyclopedia on early childhood development* (May 2006 ed.). Retrieved from <http://www.excellenceearlychildhood.com/documents/McMahonRJANGxp.pdf>

Menting, A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 33*, 901-913. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.006>

Merrell, K. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales* (2nd ed.). Austin, TX: PRO-ED.

Moreira, H., Amaral, A., & Canavarro, M. C. (2009). Adaptação do Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale (PAIR) para a população Portuguesa: Estudo das suas características psicométricas [Adaptation of the Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale (PAIR) for Portuguese population: Study of its psychometric characteristics]. *Psychologica, 50*, 353-373.

Patterson, G. (2002). The early development of coercive family process. In J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 25-44). Washington, DC: American Psychological Association.

Patterson, G., & Sanson, A. (1999). The association of behavioural adjustment to temperament, parenting and family characteristics among five-year-old children. *Social Development, 8*, 293-309. doi: 10.1111/1467-9507.00097

Patterson, G., DeGarmo, D., & Forgatch, M. (2004). Systematic changes in families following prevention trials. *Journal of Abnormal Child Psychology, 32*, 621-633. doi: 10.1037/a0016732

Perrin, E., Sheldrick, R., McMenamy, J., Henson, B., & Carter, A. (2013). Improving parenting skills for families of young children in pediatric settings: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics, 4*. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2919

Podolski, C., & Nigg, J. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 501-511.

Posthumus, J., Raaijmakers, M., Maassen, G., van Engeland, H., & Matthys, M. (2012). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with

conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 487–500. doi: 10.1007/s10802-011-9580-9

Reid, J., Webster-Stratton, C., & Beauchaine, T. (2001). Parent training in Headstart: A comparison of program response among African American, Asian American, Caucasian and Hispanic mothers. *Prevention Science*, 4, 209–227. doi: 10.1023/A:1013618309070

Robinson, E., & Eyberg, S. (1981). The dyadic parent-child interaction coding system: Standardization and validation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 245–250. doi: 10.1037/0022-006X.49.2.245

Rijo, D., Motta, C., Silva, D., & Brazão, N. (2013, November). *A prevalência das perturbações mentais em jovens agressores intervencionados pelo Sistema de Justiça Juvenil Português [The prevalence of mental disorders in young offenders in the Portuguese juvenile justice system]*. Paper presented at Mental Health and Juvenile Justice Seminar Lisbon.

Rockhill, C., Collett, B., McClellan, J., & Speltz, M. (2006). Oppositional Defiant Disorder. In J. Luby (Ed.), *Handbook of preschool mental health: Development, disorders and treatment* (pp. 80–115). New York: Guilford Press.

Sameroff, A. (2009). The transactional model. In A. Sameroff (Ed.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (pp. 3–21). Washington: American Psychological Association.

Sanders, M., Markie-Dadds, C., Tully, L., Bor, W. (2000). The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 624–640. doi: 10.1037/0022-006X.68.4.624

Sawyer, M., Baghurst, P., Arney, F., Clark, J., Graetz, B., Waites, L. (...), Rey, J., & Zubrick, S.. (2005). *The Mental health of young people in Australia: Child and Adolescent Component of the National Survey of Mental Health and Well-Being*. Canberra: Australian Data Archive, The Australian National University.

Schaefer, M., & Olson, D. (1981). Assessing intimacy: The PAIR Inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 47–60.

Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T. C., Leitão, S., Pimentel, M., & Major, S. (2013). *Protocolo de avaliação no âmbito do Projeto “Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: Eficácia de programas parentais e escolares (PTDC/PSI-PED/102556/2008)”-Versão de Investigação. [Protocol of measures for the evaluation of the “Early prevention/intervention in disruptive behavior disorders: Efficacy of parents and teachers programs’ Project – Research version]*. Retrieved from <http://fpce.uc.pt/anosincriveis/protocolo.doc>

Shaw, D., Keenan, K., & Vondra, J. (1994). Developmental precursors of externalizing behavior: Ages 1 to 3. *Developmental Psychology, 30*, 355–364. doi: 10.1037/0012-1649.30.3.355

Shaw, D., Owens, E., Giovannelli, J., & Winslow, E. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 36–43.

Vaz-Serra, A., & Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos I: Ensaio de aplicação do 'Inventário Depressivo de Beck' a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos [Evaluation of clinical depression I: Preliminary use of the 'Beck Depression Inventory' with a Portuguese sample of depressed patients]. *Coimbra Médica, 20*, 623–644.

Wakschlag, L., Briggs-Goawan, M., Carter, A., Hill, C., Danis, B., Keenan, K., ... Leventhal, B. (2007). A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*, 976–987. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01786

Webster-Stratton, C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 479–492. Retirado de [http://67.199.123.90/library/items/enhancing-the-effectiveness-videotraining\\_1990.pdf](http://67.199.123.90/library/items/enhancing-the-effectiveness-videotraining_1990.pdf)

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. (2011). *The Incredible Years parents, teachers, and children training series: Program content, methods, research and dissemination, 1980–2011*. Seattle: The Incredible Years.

Webster-Stratton, C., Gaspar, M., & 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 (Intervención Psicosocial), 21*, 157–169. doi:10.5093/in2012a15

Webster-Stratton, C., & Hammond, M (1999). Marital Conflict Management Skills, Parenting Style, and Early-onset Conduct Problems: Processes and Pathways. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*, 917-927.

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2010). The Incredible Years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In J. Weisz & A. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 194–210). New York: Guilford Publications.

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

## **Capítulo 6** | Estudo Empírico III

A Pilot Study with the Incredible Years Parenting Training: Does it Work for Fathers of Preschoolers with Oppositional Behavior Symptoms?

Em processo de resubmissão com revisões *minor*

*Fathering*





## **A pilot study with the Incredible Years parenting training: Does it work for fathers of preschoolers with oppositional behavior symptoms?**

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

### **ABSTRACT**

There is lack of evidence regarding the importance of including fathers in parent training programmes. This article's main purpose is to examine short- and long-term effects of fathers attending an Incredible Years Parent Training (IY) for Portuguese preschoolers with oppositional/defiant symptoms.

Thirty-six fathers were randomly assigned either to receive the IY Program or to a waiting-list control group. Outcomes for the study include self-reported parenting-related variables and parents' ratings of their children's behaviors. Measures were collected before the intervention and six and twelve months after it. Results showed significant effects on fathers positive parenting practices and on their ratings of children's prosocial behaviors, as well as a reduction of the symptoms' impact on family functioning. Moreover, at twelve-months follow-up these results were sustained. Findings provided support for the short and long-term effectiveness of the IY intervention in Portuguese families of preschoolers 'with oppositional symptoms.

**Key-Words:** fathers; Incredible Years Parenting Program; preschoolers; oppositional symptoms

## Introduction

Over the last two decades, there has been a growing societal and academic interest in the role fathers play in family and child well-being (Bronte-Tinkwe, Burkhauser, & Metz, 2012; Flouri, 2010). In fact, time that fathers spend taking care of their children has risen significantly (Coyl-Shepherd, & Newland, 2013) and their importance in child development has been well documented in different studies (for a revision see Lamb, 2010). Furthermore, the Council of Europe (2006) specifically states in its recommendations on positive parenting that “particular attention should be paid to the important role of fathers in the care and rearing of their children (...)”.

When working with children with externalizing behavioral disorders, there are several theoretical and empirical reasons for targeting fathers. Firstly, fathers with limited parenting skills are less likely to encourage treatment and are more likely to have children who do not respond well to treatment (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs, & Pelham, 2004). Secondly, fathers that are positively involved with their children have children with fewer mother-reported behavior problems (Amato, & Rivera, 1999). Thirdly, like mothers, fathers experience distress and emotional reactivity when dealing with difficult children and do not necessarily have the skills to address such concerns (Lamb, 2010). Additionally, fathers contribute to many aspects of their child’s development, including emotional regulation, social cognition, attention and academic achievement (Cowan, Cowan, Pruett, Pruett, & Wong, 2009; Parke et al., 2002). Also, a fathers’ positive relationship with his children plays a protective role in preventing child abuse and neglect and in protecting children from the negative effects of a mother’s depression (Cowan, Cowan, Pruett, Pruett, & Wong, 2009). Finally, some studies (for a revision see Spoth, Redmond, Hockday, & Shin, 1996) show that fathers’ unwillingness to participate in family interventions may adversely influence family participation in such interventions.

Despite the benefits, for the child and the family, of promoting healthy father-child relationships and involving fathers in their children’s lives, little attention has been paid to the effect of parenting programs on fathers (Fabiano et al., 2012) and most parent training studies have focused on mothers’ outcomes (Bor, Sanders, & Markie-Dadds., 2002; Gardner, Ward, Wilson, & Burton, 2003; Hutchings & Gardner, 2012). Recently, Tiano and McNeil (2005) found that fathers were not included in most studies on behavioral parent training for children with behavior externalizing disorders, despite the almost universal assumption amongst clinicians that including fathers will improve treatment outcome. Indeed, there are studies (e.g., Bagner & Eyberg, 2003; Webster-Stratton, 1985) that have reported the importance of fathers’ contributions in behavioral parent training, namely in helping to maintain behavior changes achieved by mothers and children. Therefore, it is important to understand the benefits derived

from the inclusion of the father in parent training to help practitioners recognize the importance of making the necessary efforts in order to achieve that goal. In this context, this study evaluates the long-term efficacy of the Incredible Years Basic Parent Training (IY) in a sample of Portuguese fathers with preschoolers that present early symptoms of oppositional behaviors.

The main purpose of this pilot study is to examine the short- and medium-term effects of fathers attending an IY parenting group on both fathers' and children outcomes, compared to a waiting-list control group. More specifically, it aims to (a) examine whether fathers who attended the IY intervention (IG) report a decrease in child behavior problems and an increase in child prosocial behaviors compared to fathers in the waiting-list control group (CG); (b) examine if IY intervention fathers show an improvement in parenting-related variables, such as parenting practices and perceived self-competence, when compared to fathers in the CG; (c) analyze if the expected improvements in the intervention group at six-month follow-up (T2) are sustained at twelve-month follow-up (T3).

A secondary goal is to explore whether mothers' reports corroborate findings based on fathers' reports. Consequently, mothers' results are not the focus of the present paper and more detailed results from mothers who participated in the trial will be explored in future papers.

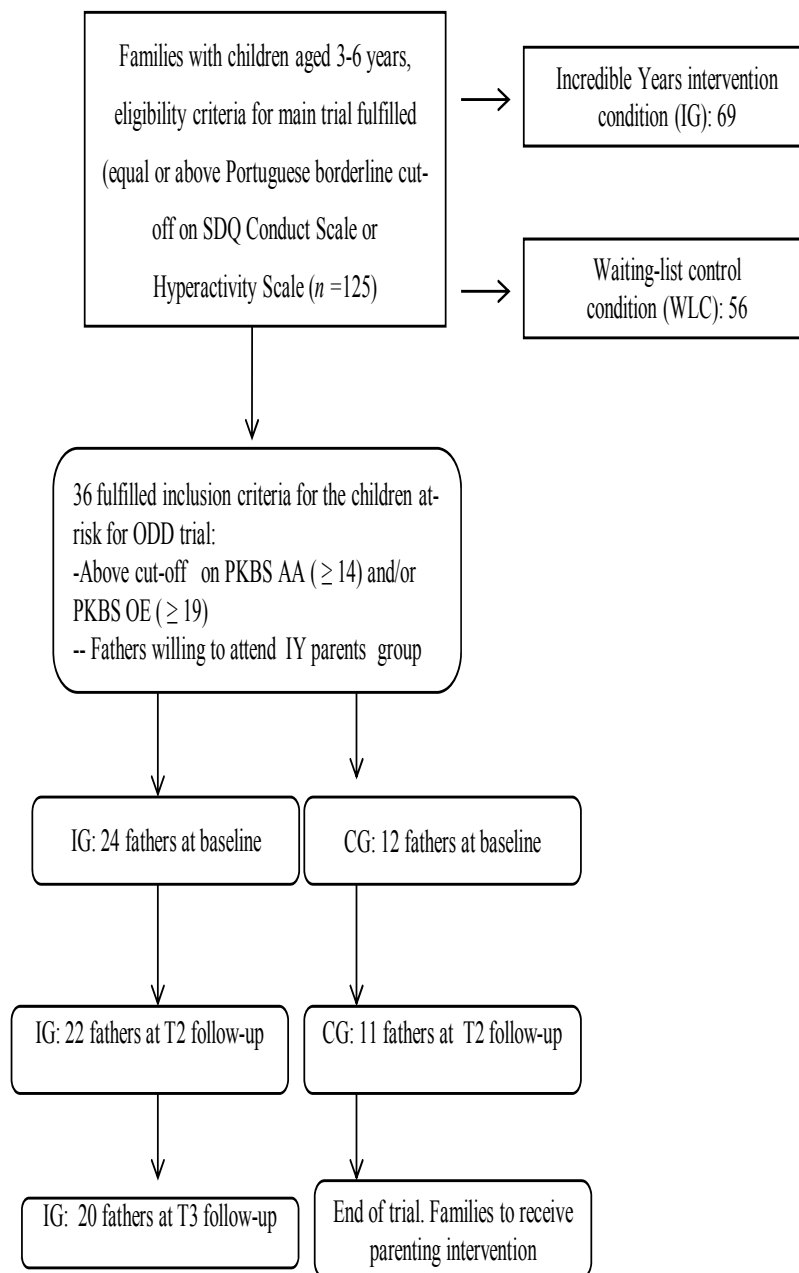
## **Methods**

### *Participants*

The participants in this study were 36 preschool children drawn from an existing longitudinal main trial with a randomized sample which tested the effectiveness of the IY in Portuguese preschoolers at risk for disruptive behaviors (Authors et al., 2012). Inclusion criteria comprised children who had scored equal or above the Portuguese borderline cut-off levels (Abreu-Lima et al. 2010) on the Conduct ( $\geq 5$ ) or Hyperactivity Scale ( $\geq 7$ ) of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 2001); children between three and six years old; children not undergoing any pharmacological or psychotherapeutic treatment; children without diagnosis of neurological or developmental disorder (e.g., autism) or severe developmental delay. Families were admitted onto this study if two additional criteria were met: children were scored at or above the Portuguese cutoff points on the Anti-social/Aggressive ( $\geq 14$ ) or Oppositional/Explosive ( $\geq 19$ ) externalizing problem behavior subscales of PKBS-2 (Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition; Merrell, 2002; Portuguese version by Major, 2011); and fathers attended the parents' groups. Thirty-six previously randomly allocated children met the PKBS-2 criteria and took part in this trial: Twenty-four fathers in the intervention

group (IG); and twelve fathers in a waiting-list control group (CG). These discrepancies between the number of fathers in each group are due to the fact that when children were randomly selected for the intervention group or the control group in the main trial, we could not predict if both parents would participate in the study (see Figure 1).

**Figure 1.** Flowchart of participants



The socio-demographic characteristics of the children and parents did not significantly differ between the experimental and control conditions at baseline, as reported in Table 1, except with regard to fathers' years of education, with fathers in the intervention group being more educated than fathers in the control group, although the difference did not reach statistical significance ( $t = 2.94$ ;  $p = 0.06$ ). All of the parents were married or living as married (100%), with a mean age of 36.74 years for fathers ( $SD = 4.42$ ) and 35.11 ( $SD = 4.88$ ) for mothers. Eighty percent of children were male, with an average age of 56.03 months ( $SD = 12.14$ ). More than half of the children were clinically referred (61.1%) and the majority of the families (86.1%) lived in an urban area.

**Table1.** Sample characteristics at baseline for the intervention (IY) and control (CG) conditions

Variable	Group		Test ( $t/\chi^2$ )	Sig ( $p$ )
	IY (n = 24)	CG (n = 12)		
<b>Family</b>				
<b>Age (years):</b> Father Mean $\pm$ SD	36.63 $\pm$ 4.87	36.93 $\pm$ 3.91	-0.17	0.85
Mother Mean $\pm$ SD	35.71 $\pm$ 4.97	33.92 $\pm$ 4.66	1.04	0.30
<b>Years of Education:</b> Father Mean $\pm$ SD	14.54 $\pm$ 4.3.77	10.29 $\pm$ 3.14	2.94	0.06
Mother Mean $\pm$ SD	15.13 $\pm$ 3.41	13.42 $\pm$ 2.23	1.56	0.12
<b>Marital Status:</b> no (%) Married/Marital Union	24 (100%)	12 (100%)	1.31	0.51
<b>Family SES*:</b> no (%) Low	4 (16.7%)	3 (25%)		
Medium	10 (41.7%)	7 (58.3%)	2.25	0.32
High	10 (41.7%)	2 (16.7%)		
<b>Geographical zone:</b> no (%) Urban	20 (83.3%)	11 (91.7%)	0.11	0.73
<b>Child</b>				
<b>Age (months):</b> Mean $\pm$ SD	54.58 $\pm$ 10.86	58.14 $\pm$ 14.29	-1.01	0.32
<b>Sex (male):</b> no (%)	19 (79.1%)	11 (91.6%)	0.35	0.55
<b>Referral:</b> no (%) Clinically referred	16 (66.6%)	6 (50%)		
Community referred	8 (33.3%)	6 (50%)	1.82	0.40

Notes: SD=Standard deviation; SES=Socioeconomic Status; SES was defined using a standardized classification developed for the Portuguese population considering three categories (Almeida 1988): low (e.g., unskilled workers; industry, transport, agriculture workers); medium (e.g., intermediate technicians; administrative); and high (e.g., owners and entrepreneurs, managers, scientific and intellectual professionals). Based on this classification, the family's SES was defined taking on the basis of the highest professional category and educational level of both parents.



### *Procedures*

Information about the IY intervention was disseminated in pre-schools, first-care, pediatric and mental health centers in Coimbra and Porto during the screening phase from January 2009 to September 2011. Children were either referred by health professionals or were self-referred by their parents, who had learned about the intervention from different sources (e.g., pre-school, blog, newspaper advertising, and other parents). Before the baseline assessment, written informed consent was obtained from the participating families, and the main trial was approved by the Research Ethics Committees of the hospital involved and by the National Commission of Data Protection. After the baseline assessment, children who met the inclusion criteria for the main trial were stratified by age and sex, and randomly allocated to an intervention (IG) or waiting-list control group (CG). The IY program was delivered during 14 weekly 120-min sessions in a university community department or in central hospital. All the fathers attended the IY sessions with their wives or partners. Assessment was repeated six (T2) and twelve (T3) months after baseline. For ethical reasons, the control group families were offered the IY parent training as soon as the second evaluation (T2) was completed. Although all efforts were made to keep the psychologists who conducted the assessments blind to the study condition of the families in the post-intervention assessment, this was no longer possible at the 12-month-month (T3) follow-up assessments, where all the families involved were from the IG, and had attended the IY sessions.

### *Measures*

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

*Children Outcomes.* **The Preschool and Kindergarten Behavior Scales—2nd Edition (PKBS-2)** is an 80-item behavior rating scale designed to measure social skills and problem behaviors of preschoolers. This instrument can be completed by parents, teachers or other caregivers and comprises two separate scales: a 34-item Social Skills Scale and a 46-item Problem Behavior Scale. For the aim of the present paper we analyzed the externalizing behavior problems subscales Oppositional/Explosive (O/E) (9 items; score range from 0 to 27) and Antisocial/Aggressive (A/A) (12 items; score range from 0 to 36), and Social Skills Scale (score

range from 0 to 102). The PKBS-2 was translated and adapted for Portuguese children by Major (2011) and has demonstrated good psychometric properties (Cronbach alpha coefficients between 0.76 and 0.97). In the present sample, Cronbach alpha coefficients for the subscales used ranged from 0.67 to 0.87. **The Parental Account of Childhood Symptoms** (PACS; Taylor et al, 1986) is a semi structured clinical interview which evaluates the core symptoms of AD/HD and Conduct Problems over the last six months across a wide range of situations. Trained interviewers rate the severity and frequency of symptoms from parents' descriptions, and two subscale scores (hyperactivity, scoring between 0 and 37; and conduct problems, scoring between 0 and 54) were derived. Also, parents are asked to rate the impact of their children's problems on their families' lives. The modified version of the PACS for preschool years was used, which has demonstrated high inter-rater (between 0.92 and 0.98) and test-retest reliability (between 0.78 and 0.62) (Sonuga-Barke et al.1994). An exploratory study (see Seabra-Santos et al., 2013, for this study) with a nonclinical sample of Portuguese preschoolers has shown satisfactory levels of internal consistency (between 0.64 and 0.71) and high inter-rater reliability (between 0.94 and 0.98). In this subsample, we looked at the conduct problems subscale (alpha level = 0.64) and impact of children problems in families lives. Inter-rater reliability (between two raters who independently rated 20% of all interviews) was good, with intra-class correlations of 0.87.

**Parental Outcomes. Parenting Practices and Self-Competence. The Parenting Scale** (Arnold et al., 1993) is a thirty items inventory measuring dysfunctional discipline practices through three different subscales: Laxness (11 items), Overreactivity (10 items) and Verbosity (7 items). Internal consistency in the original study was adequate, ranging from 0.63 to 0.84 (Arnold et al., 1993). In Portuguese exploratory non-clinical samples with preschool-age children (see Seabra-Santos et al., 2013, for these studies) the PS has shown satisfactory levels of internal consistency (from 0.63 to 0.74, and lower for the Verbosity subscale, = 0.41). Lower to satisfactory levels were found for this study: Cronbach alpha coefficients for this scale range between 0.55 (Verbosity) to 0.73 (Laxness), indicating that the Verbosity subscale may not be reliable enough in this sample. **The Parenting Sense of Competence Scale** (PSOC, Johnston & Mash, 1989) is a seventeen items scale assessing parental perceptions of their own competence in two dimensions, Satisfaction (9 items: score range between 9 and 45) and Efficacy (7 items: score range between 7 and 35). Higher scores indicate better parenting self-esteem (total score range between 16 and 80). In Portugal, PSOC has been used in non-clinical samples of preschoolers (see Seabra-Santos et al., 2013, for these studies) showing adequate internal consistency levels (between 0.75 and 0.78). In our sample internal consistency ranged from 0.75 to 0.80.

*Parent's Self-Reported Program Satisfaction. Consumer Satisfaction. Incredible Years Parent Program Satisfaction Questionnaire* (Reid, Webster-Stratton, & Beauchaine, 2001) is a fifty-three item questionnaire used to measure parental satisfaction at the end of the program. Parents are asked to rate the program regarding overall satisfaction, the usefulness of the parenting techniques and program's methods and the difficulty of implementing them, and the group leaders skills. Parents are also asked to comment on their feelings concerning the group and to indicate which aspects of the sessions were the most helpful and which they most liked/disliked.

### **Description of the intervention: The Incredible Years Basic Parent Training**

The IY BASIC Parent Program (Webster-Stratton, 2001) trains parents in child-directed play skills, praise and rewards, limit setting and how to handle misbehavior. Parents are trained to increase the use of positive and consistent strategies in order to strengthen children's prosocial behaviors and social skills. The 14-week intervention was delivered weekly to nine groups of nine to twelve parents in two-hour sessions that took place either at a university community service (82% of groups) or in a central hospital (18 % of groups). All sessions took place in the evening (after work, from 6 to 8 pm) and partners were strongly encouraged to attend. Two booster sessions were carried out for clinical and ethical reasons (in order to review parenting strategies, discuss new problems, prevent relapses, and reinforce parents' support): the first one 9 months after baseline (between assessments T2 and T3); and the second one 15 months after baseline (after assessment T3). Supervised childcare was offered to children, as well as a light snack for parents and children, in order to enhance parents' attendance. The same structure was followed in each session and included a review of the previous one, feedback and discussion about parents' home activities (e.g., skill practicing, buddy-calls) introduction of a new topic (e.g., brainstorming), presentation of video vignettes (with Portuguese subtitles) illustrating parenting skills, group discussion and practice of new strategies (e.g., role-plays). In order to promote the relationship between parents and leaders and to keep parents involved in the group training, parents were encouraged to make phone calls between them and the group leaders called the parents every week. In addition, individual extra time was offered at the beginning of each session and handouts were sent to parents who missed a session (Webster-Stratton, 2001).

Training and treatment integrity: Incredible Years Program has a process of certification/accreditation which aims to maximize fidelity issues and is about delivering the contents of the program in a collaborative way. In this trial, assumptions of fidelity and integrity regarding treatment were respected. Six trained group leaders with backgrounds in child mental

health psychology or psychiatry and teaching and at least 10 years of experience in their fields delivered the groups. All of them had followed the IY accreditation process to ensure quality in the program delivery: leaders had attended the accredited three-day IY basic leader training by an IY-accredited trainer; had run a pilot group prior to the study, had received videotape feedback on a session by an independent IY trainer who evaluated the treatment implementation fidelity, and had been accredited as group leaders ( $n = 4$ ) or were undergoing the accreditation process ( $n = 2$ ).

To ensure a minimum level of integrity 80% of all the sessions were videotaped (124 sessions) for weekly self-evaluation and for regular peer supervision. An IY-accredited trainer provided support and consultation for group leaders. Also, the IY protocol was followed by group leaders: they provided standardized materials and translated handouts for all parents; completed leader checklists for 80% of all delivered sessions for monitoring adherence to the protocol; reviewed peer and self-evaluation questionnaires and the weekly parent-satisfaction questionnaires to check parents' acceptance of the program's contents and methods.

### **Data Analysis**

This paper analyzes data from fathers. However, due to the importance of having a multi-informants perspective, data from mothers will also be explored (although further and more detailed analyzes of mother data will be carried on in future papers).

Statistical analyzes were performed using SPSS 20.0. Baseline comparisons of continuous and categorical variables were done with t- and chi-square tests, respectively. Given the fact that selected outcome measures were mainly self-report measures, Pearson's  $r$  correlations were also calculated for the total sample to determine mother-father agreement regarding children's behavior problems.

Analysis of variance using the General Linear Model (GLM) for Repeated Measures were performed, more specifically MANOVAs (for multivariate analysis) and ANOVAs (for total scores), with Group as the between-subjects factor and Time as the within-subjects factor. Greenhouse-Geisser corrections for violations of sphericity and compound symmetry were used. The outcome measures at T2 and T3 were directly compared in order to test the maintenance of effects. Effect sizes (ES) were estimated using partial eta square ( $\eta^2$ ) and classified as follows: 0.01 for a small effect, 0.06 for a medium effect and 0.14 for a large effect size (Cohen, 1988). An alpha level of  $p < 0.05$  was considered a statistically significant result.

An intention-to-treat approach was used that included all allocated cases (N = 36) and adopted a conservative approach of no change compared to the previous evaluation, in the lost cases.

## Results

### *Parents' Participation and Attrition*

The fathers' attendance rate was high, with an average of 11 sessions (out of 14) attended and 78.3% of fathers attending eight or more group sessions.

Attrition rates concerning assessment completion were generally low: out of the 36 fathers assessed at baseline (T1), 33 (91.7%) completed post assessment (T2). From the three that failed to complete it, two were in the IG and one in the CG. Twelve-month follow-up (T3) data were obtained for 83.3% of fathers in the experimental condition (N = 20 out of 24).

Regarding mothers attrition rates, all of the 24 mothers in the IG and 91.7% (N = 11) in the CG completed post assessments (T2). Twelve-month follow-up (T3) data were obtained for 91.7% of mothers in the experimental condition (N = 22 out of 24).

No significant differences were found between the two groups regarding the number of cases lost for six-month follow-up (T2) assessment (Fathers:  $\chi^2 = 0.00$ ,  $p = 1.00$ ; Mothers:  $\chi^2 = 2.05$ ,  $p = 0.15$ ).

### *Additional support at 12 months follow-up*

At the 12-month follow-up (T3), three children (15%) had meanwhile been referred for additional treatment (two to outpatient clinics, while one had initiated pharmacological intervention). No statistically significant differences emerged on socio-demographic and clinical measures between additional support and non additional support groups. Post-treatment intervention or medication is therefore an implausible explanation for the maintenance of treatment effects.

*Correlations between mother-father ratings of child-behavior problems*

Table 2 displays correlations between father-mother ratings regarding children behavior problems. Pretest results for the total samples revealed moderate and significant Pearson correlations for some of the analysed subscales, with a weaker correlation for the Oppositional/Explosive subscale ( $r = .33$ ) than for the Anti-Social/Aggressive subscale ( $r = .67$ ) of the PKBS-2. No correlations were found between pretest father-mother reports of children Social Skills (PKBS S/S) and impact of children's problems in family lives.

The analysis of the posttest father/mother correlations revealed moderate and significant Pearson correlations for all of the analysed subscales, except for the perception of impact of children's problems in family lives. Moreover, a stronger correlation for the Oppositional/Explosive subscale ( $r = .64$ ) was found in the posttest analysis.

**Table 2.** Means, standard deviations and correlations of parents pretest and posttest reports of child's behavior for Total Sample

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$ ; PKBS Preschool and Kindergarten Behavior Scales: O/E Oppositional/Explosive; A/A

	<i>Pretest</i>			<i>Posttest</i>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Pearson Correlation</i>
<b>Measures</b>						
<b>PKBS-2 Score</b>						
Social Skills			0.12			0.43**
Father	75.47	10.78		77.00	10.61	
Mother	71.55	9.76		78.50	8.84	
Oppositional/Explosive			0.33**			0.64**
Father	19.73	4.78		16.85	3.61	
Mother	21.75	3.08		18.52	4.12	
Anti-Social/Aggressive			0.67**			0.42*
Father	15.07	5.62		10.94	5.20	
Mother	17.75	7.14		14.55	7.20	
<b>PACS CP</b>			0.50*			0.41*
<b>Father</b>	14.26	7.27		9.06	5.47	
<b>Mother</b>	17.11	5.92		13.03	7.22	
<b>PACS IMPACT</b>			0.09			0.31
<b>Father</b>	2.28	0.81		1.50	0.92	
<b>Mother</b>	2.69	0.52		1.86	0.86	

Antisocial/Aggressive; SS Social Skills; PACS CP Parental Account of Childhood Symptoms Conduct Problems; PACS Imp PACS Impact

### *Group Comparisons at Baseline*

ANOVA's revealed no significant differences between groups at baseline (T1) (see Tables 3 and 4 for M and SD), except for fathers' Parental Satisfaction (CG < IG;  $t = 2.27$ ,  $p = 0.02$ ) and mothers' PKBS Social Skills Scale (CG > IG;  $t = -2.22$ ,  $p = 0.03$ ).



**Table 3.** Means and standard deviations of parents pretest and posttest self-reports in intervention (IY) and control (CG) conditions

	Pretest		<i>t</i>	<i>p</i>	Posttest		<i>t</i>	<i>p</i>
	IY Mean±SD N=24	CG Mean±SD N=12			IY Mean±SD N=24	CG Mean±SD N=12		
<b>Measure</b>								
<b>PS Total</b>								
<b>Father</b>	3.39±0.46	3.41±0.31	-0.16	0.87	2.93±0.48	3.45±0.35	-2.93	0.00
<b>Mother</b>	3.61±0.37	3.56±0.35	0.42	0.67	2.98±0.45	2.93±0.48	-3.19	0.00
<b>Laxness</b>								
<b>Father</b>	2.76±0.64	2.89±0.55	-0.59	0.55	2.56±0.64	3.18±0.73	-2.38	0.02
<b>Mother</b>	3.02±0.65	3.03±0.90	-0.00	0.99	2.52±0.63	2.82±0.88	-1.18	0.24
<b>Overreactivity</b>								
<b>Father</b>	3.42±0.59	3.51±0.68	-0.40	0.68	2.92±0.70	3.36±0.70	-1.58	0.12
<b>Mother</b>	3.60±0.58	3.53±0.64	0.32	0.74	3.01±0.74	3.62±0.53	-2.52	0.01
<b>Verbosity</b>								
<b>Father</b>	4.01±0.81	3.61±0.79	1.38	0.17	3.11±0.79	3.65±0.80	-1.79	0.08
<b>Mother</b>	4.27±0.68	4.08±0.59	0.80	0.42	3.24±0.78	3.92±0.69	-2.56	0.01
<b>PSOC</b>								
<b>Father</b>	52.21±5.61	52.16±7.48	1.36	0.18	60.04±7.21	56.00±11.61	1.23	0.22
<b>Mother</b>	57.17±7.30	53.41±6.94	1.46	0.15	60.04±7.15	54.75±6.92	2.10	0.04
<b>Satisfaction</b>								
<b>Father</b>	33.21±3.90	29.66±5.19	2.27	0.02	34.08±4.90	31.09±6.84	1.46	0.15
<b>Mother</b>	32.78±4.07	29.16±4.62	2.37	0.15	33.82±4.56	30.33±3.93	2.24	0.03
<b>Efficacy</b>								
<b>Father</b>	24.00±2.89	24.50±3.45	-0.45	0.65	25.77±2.99	24.90±5.46	0.59	0.55
<b>Mother</b>	24.39±4.32	24.25±4.13	0.09	0.92	26.21±3.82	24.41±4.75	1.21	0.23

Notes: Results are expressed as mean ± standard deviation; *PACS Impact*; *PS* Arnold Parenting Scale

**Table 4.** Means and standard deviations of parents pretest and posttest reports of child's

	Pretest				Posttest			
	IY Mean±SD N=24	CG Mean±SD N=12	<i>t</i>	<i>p</i>	IY Mean±SD N=24	CG Mean±SD N=12	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Measure</b>								
<b>PKBS S/S</b>								
Father	74.04±1.67	76.25±14.93	-0.31	0.75	78.87±8.53	72.90±13.72	1.57	0.12
Mother	69.12±9.51	76.41±8.70	-2.22	0.03	78.75±8.77	78.00±8.09	0.24	0.80
<b>PKBS O/E</b>								
Father	20.00±4.33	17.08±5.40	1.73	0.09	16.87±3.41	16.80±4.26	0.05	0.95
Mother	22.29±2.88	20.66±3.31	1.51	0.13	18.20±4.35	19.16±3.71	-0.65	0.51
<b>PKBS A/A</b>								
Father	15.82±5.69	14.08±5.97	0.84	0.40	10.65±5.88	12.66±5.31	-0.46	0.64
Mother	18.37±7.22	16.50±7.11	0.73	0.46	14.54±7.75	14.50±6.27	-0.01	0.98
<b>PACS CP</b>								
Father	14.71±7.19	13.58±7.57	0.43	0.66	8.42±5.50	10.60±1.70	-1.06	0.10
Mother	17.00±6.00	17.33±6.03	-0.15	0.87	11.96±7.99	15.17±4.98	-1.26	0.21
<b>PACS IMP</b>								
Father	2.38±0.77	2.08±0.90	1.01	0.31	1.33±0.81	1.9±1.10	-1.66	0.10
Mother	2.67±0.56	2.75±0.45	-0.44	0.66	1.75±0.89	2.08±0.79	-1.09	0.28

*Notes:* Results are expressed as mean ± standard deviation; *PKBS* Preschool and Kindergarten Behavior Scales; *O/E* Oppositional/Explosive; *A/A* Antisocial/Aggressive; *SS* Social Skills; *PACS CP* Parental Account of Childhood Symptoms Conduct Problems; *PACS Imp* PACS Impact

*Pre-Post Intervention Comparisons between IG and CG Fathers' reports*

These findings are summarized in Tables 5 and 6 where means and standard deviations results for both groups at baseline (T1) and six-month follow-up (T2), of the repeated measures MANOVAs (Group X Time effect) and ANOVAs and the Eta Squares effect sizes are reported.

As presented in Table 5, the overall  $F$  in the domain of father's self-rating parenting practices was significant ( $F(2, 34) = 3.26, p = 0.03, \eta^2 p^2 = 0.25$ ). Univariate tests in this domain also indicate that there was a larger decrease in fathers PS Total scores ( $F(2, 34) = 7.38, p = 0.01, \eta^2 p^2 = 0.25$ ). Examining the Arnold subscales separately, there was a larger decrease in Laxness ( $F(2, 34) = 7.29, p = 0.01, \eta^2 p^2 = 0.19$ ) and Verbosity ( $F(2, 34) = 9.62, p = 0.00, \eta^2 p^2 = 0.23$ ) practices in fathers in the IG when compared to fathers in the CG. These differences represented large sized effects.

Regarding fathers perception of self-competence, no significant interaction effects were found from baseline to six-month post-intervention assessments.

On fathers' ratings of child (cf. Table 6) prosocial behavior significant interaction effects (group X time) were found on PKBS Social Skills scale ( $F(2, 34) = 5.65, p = 0.02, \eta^2 p^2 = 0.15$ ): fathers in the IG reported a larger increase on children's social skills from pre- to post-assessments than fathers in the CG. In fact, fathers in the CG report a slight decrease in their children's social skills from pre- to post-assessments.

Regarding children oppositional behaviors reported by fathers, the overall  $F$  was not significant ( $F(2, 34) = 1.32, p = 0.28, \eta^2 p^2 = 0.08$ ). Following the same trend, univariate tests revealed no significant interaction effect on PKBS Oppositional/Explosive and PKBS Anti-Social/Aggressive subscales.

As regards the impact of children's difficulties on their family lives in the previous six months (PACS CP Impact), a significant difference between the two groups was found, indicating that fathers in the IG perceived a greater decrease in that impact than fathers in the control group ( $F(1, 34) = 4.35, p = 0.04, \eta^2 p^2 = 0.12$ ).

**Table 5.** Descriptive statistics, univariate and multivariate main and interaction effects (parental outcomes)

Intention to treat analysis (IG = 24; CG = 12)						
Variable	Intervention Group		Control Group		Group X Time ( <i>F</i> , <i>p</i> )	ES $\eta_p^2$
	Pre	Post	Pre	Post		
<b>PS</b>						
Father					3.26 (0.03)	0.25
Mother					8.85 (0.00)	0.46
<b>Total</b>						
Father	3.39±0.46	2.93±0.49	3.46±0.28	3.45±0.35	7.38 (0.01)	0.19
Mother	3.61±0.37	2.95±0.42	3.56±0.35	3.48±0.39	17.82 (0.00)	0.35
<b>Laxness</b>						
Father	2.76±0.64	2.57±0.65	2.86±0.59	3.18±0.73	7.29 (0.01)	0.19
Mother	3.02±0.65	2.49±0.62	3.03±0.90	2.82±0.88	2.26 (0.14)	0.06
<b>Overreactivity</b>						
Father	3.42±0.59	2.92±0.72	3.52±0.70	3.36±0.70	1.31 (0.26)	0.04
Mother	3.60±0.58	2.95±0.69	3.53±0.64	3.62±0.53	11.92 (0.00)	0.27
<b>Verbosity</b>						
Father	4.01±0.81	3.13±0.81	3.80±0.76	3.61±0.83	9.62 (0.00)	0.23
Mother	4.27±0.68	3.21±0.78	4.08±0.59	3.92±0.69	16.03 (0.00)	0.33
<b>PSOC</b>						
Father					1.08 (0.35)	0.07
Mother					0.96 (0.39)	0.05
<b>Total</b>						
Father	57.23±5.85	60.28±7.30	54.36±7.81	56.00±11.61	0.20 (0.65)	0.00
Mother	57.68±7.04	60.54±6.89	53.41±6.49	54.75±6.92	0.66 (0.42)	0.02
<b>Satisfaction</b>						
Father	33.27±3.99	34.18±5.00	29.72±5.44	31.09±6.84	0.06 (0.80)	0.00
Mother	33.13±3.79	34.27±4.13	29.16±4.62	30.33±3.93	0.00 (0.97)	0.00
<b>Efficacy</b>						
Father	23.76±2.91	25.90±2.99	24.63±3.58	24.90±5.46	1.25 (0.27)	0.00
Mother	24.54±4.36	26.27±3.90	24.25±4.13	24.41±4.75	1.75 (0.19)	0.05

Notes: Results are expressed as mean ± standard deviation; *ES* Effect size; *PS* Arnold Parenting Scale; *PSOC* Parenting Sense of Competence Scale

**Table 6.** Descriptive statistics, univariate and multivariate main and interaction effects (children outcomes)

Intention to treat analysis (IG = 24; CG = 12)						
Variable	Intervention Group		Control Group		Group X Time ( <i>F</i> , <i>p</i> )	ES $\eta_p^2$
	Pre	Post	Pre	Post		
<b>PKBS</b>						
Father					1.32 (0.28)	0.08
Mother					2.13 (0.13)	0.11
<b>PKBS S/S</b>						
Father	75.04±7.87	79.72±8.39	75.45±15.3 <sub>9</sub>	72.90±13.72	5.65 (0.02)	0.15
Mother	69.12±9.51	78.75±8.77	76.41±8.70	78.00±8.09	6.29 (0.01)	0.15
<b>PKBS O/E</b>						
Father	20.00±4.33	16.82±3.48	18.40±4.85	16.80±4.26	1.38 (0.24)	0.04
Mother	22.29±2.88	18.20±4.35	20.66±3.31	19.16±3.71	3.97 (0.05)	0.10
<b>PKBS A/A</b>						
Father	16.09±5.68	10.36±5.85	13.81±6.19	11.54±3.53	2.23 (0.14)	0.06
Mother	18.37±7.22	14.54±7.75	16.50±7.11	14.58±6.27	0.72 (0.40)	0.02
<b>PACS CP</b>						
Father	14.71±7.19	8.42±5.50	15.80±6.07	10.60±5.37	0.19 (0.66)	0.00
Mother	17.00±6.00	11.96±7.79	17.33±6.03	15.17±4.98	1.73 (0.19)	0.04
<b>PACS Impact</b>						
Father	2.37±0.77	1.33±0.81	2.30±0.82	1.90±1.10	4.35 (0.04)	0.12
Mother	2.67±0.56	1.75±0.89	2.75±0.45	2.08±0.79	0.49 (0.48)	0.01

*Notes:* Results are expressed as mean ± standard deviation; *ES* Effect size; *PKBS* Preschool and Kindergarten Behavior Scales; *O/E* Oppositional/Explosive; *A/A* Antisocial/Aggressive; *SS* Social Skills; *PACS CP* Parental Account of Childhood Symptoms; *PACS Impact*

### *Overall Effect of Treatment for the Intervention Group Fathers (T1-T3) and Maintenance of Effect (T2-T3)*

Although a significant change from T1 to T3 was found in outcome variables other than those presented, in line with other reports (Azevedo et al., 2013b; Webster-Stratton, Reid & Beauchaine, 2013) only the variables for which significant effects had been found from T1 to T2 (Pre-Post) are reported in this analysis, as the absence of a control group at T3 could have biased the interpretation of the findings.

As shown in Table 7, significant T1-T3 changes were observed for fathers' reports on children's social skills (PKBS S/S) indicating that children prosocial behaviors significantly increased from the pre- to the 12-month follow-up assessments. Changes remained stable as regards this variable, where non-significant differences were found from T2 to T3. From pre-to 12-month (T1 to T3) follow-up fathers' perception of the impact of children's difficulties on their family lives (PACS Impact) significantly decreased. However, there was a significant change regarding this variable from T2 to T3, indicating that fathers' perception of the impact of children's difficulties on their family lives increased ( $F(1, 22) = 7.43, p = 0.01, \eta^2 = 0.29$ ).

As regards fathers' self-rated dysfunctional practices (PS Total and Verbosity), results from pre-to 12-month follow-up (T1 to T3) significantly decreased, with results indicating medium effect sizes. Changes remained stable as regards Total PS, where non-significant differences were found from T2 to T3. However, as regards Verbosity subscale, a significant difference was found from T2 to T3, indicating an increase in father's Verbosity practices at 12-month follow-up. Regarding fathers' Laxness subscale, non-significant differences were found from pre-to 12-month follow-up, nor from T2 to T3.

### *Consumer Satisfaction*

Fathers responded very positively to the program and after the 14 sessions 57.9% of fathers considered that there had been an improvement and 36.8% a great improvement in their child's major problem(s). All fathers felt that the IY approach, used to change child's behavior problems, was appropriate (36.8%) or very appropriate (63.2%). IY also helped parents with other personal and family problems not directly related to the child ( $M = 6.16, SD = 1.16$  [between 6 (helped) and 7 (helped very much)]). Furthermore, 84.2% of fathers felt confident or very confident in managing current (78.9 and 5.3%, respectively) or future (78.9 and 10.5%, respectively) behavior problems at home, by using the IY on their own. Ninety-three percent of

fathers reported that they did not need further parenting support. All fathers would “strongly recommend” the program to a friend or relative.

### *Mothers' Reports*

Regarding mothers' ratings of child behavior (cf. Table 6) significant interaction effects (group X time) were also found on PKBS Social Skills scale ( $F(1, 34) = 6.29, p = 0.01, \eta^2 = 0.15$ ): mothers in the IG reported a larger increase on children's social skills from pre- to post-assessments (T1 to T2) than mothers in the CG. Moreover, although regarding children oppositional behaviors reported by mothers the overall  $F$  was not significant ( $F(2, 34) = 2.13, p = 0.13, \eta^2 = 0.11$ ), univariate tests revealed a significant interaction effect for oppositional/explosive behavior reported by mothers (PKBS-O/E): mothers in the IG reported a larger decrease on children's oppositional/explosive behavior from pre- to post-assessments than mothers in the CG ( $F(2, 34) = 3.97, p = 0.05, \eta^2 = 0.10$ ).

Also, the overall  $F$  in the domain of mother's self-rating parenting practices (cf. Table 5) was significant ( $F(2, 34) = 8.85, p = 0.00, \eta^2 = 0.46$ ). Univariate tests in this domain indicate that mothers in the IG reported a larger decrease in negative parenting from baseline to post-intervention (T1 to T2) assessments than mothers in the CG ( $F(2, 34) = 17.82, p = 0.00, \eta^2 = 0.35$ ). Examining the Arnold subscales separately, there was a larger decrease in Overreactivity ( $F(2, 34) = 11.92, p = 0.00, \eta^2 = 0.27$ ), and Verbosity ( $F(2, 34) = 16.03, p = 0.00, \eta^2 = 0.33$ ) practices in mothers in the IG when compared to mothers in the CG. These differences represented large sized effects.

There were no significant differences on mothers' posttest PSOC results, neither on mothers' posttest PACS results.

As shown in Table 7, significant T1-T3 changes were found for mothers reports of children's social skills and children oppositional/explosive behavior. Children prosocial behaviors significantly increased from the pre- to the 12-month follow-up assessments. On the contrary, children oppositional/explosive behavior significantly decreased from the pre- to the 12-month follow-up assessments. Changes remained stable as regards these variables, where non-significant differences were found from T2 to T3.

Also, significant T1-T3 changes were observed for mother's self-rated dysfunctional practices (Total and Verbosity): results from pre-to 12-month follow-up significantly decreased, with results indicating large effect sizes (between 0.72-0.74). Changes remained stable as regards these variables, where non-significant differences were found from T2 to T3 (Table 7). Regarding

Overreactivity subscale, there was also a significant decrease in mothers' self-rated practices from T1 to T3, with results remaining stable from T2 to T3.



**Table 7.** Repeated measures analyses of variance assessing children's behavior, including post treatment versus 12-month follow-up contrasts

Measure	Intervention Group			Overall Effect of Treatment (T1-T3) *			Maintenance Treatment (T2-T3)		
	Pre Mean±SD (N = 24)	T2 Mean±SD (N = 24)	T3 Mean±SD (N = 24)	F	p	ES $\eta_p^2$	F	p	ES $\eta_p^2$
<b>PARENTAL OUTCOMES</b>									
<b>PS Total</b>									
Father	3.39±0.46	2.93±0.49	2.98±0.49	9.80	0.00	0.31	0.30	0.58	0.01
Mother	3.61±0.37	2.95±0.42	2.95±0.37	60.11	0.00	0.74	0.00	0.96	0.00
<b>Laxness</b>									
Father	2.76±0.64	2.57±0.65	2.55±0.63	1.12	0.30	0.05	0.05	0.82	0.00
<b>Overreactivity</b>									
Mother	3.60±0.58	2.95±0.69	3.08±0.36	20.03	0.00	0.48	1.64	0.21	0.07
<b>Verbosity</b>									
Father	4.01±0.81	3.13±0.81	3.35±0.66	13.70	0.00	0.39	4.08	0.05	0.17
Mother	4.27±0.68	3.21±0.78	3.13±0.81	55.47	0.00	0.72	0.27	0.60	0.01
<b>CHILDREN OUTCOMES</b>									
<b>PKBS S/S</b>									
Father	75.04±7.87	79.72±8.39	81.31±8.53	13.70	0.00	0.39	0.70	0.40	0.03
Mother	69.12±9.51	78.75±8.77	80.29±8.44	20.85	0.00	0.47	1.42	0.24	0.05
<b>PKBS O/E</b>									
Mother	22.29±2.88	18.20±4.35	17.54±5.28	21.67	0.00	0.48	0.96	0.33	0.04
<b>PACS Impact</b>									
Father	2.37±0.77	1.33±0.81	1.84±0.83	6.37	0.02	0.23	7.43	0.01	0.29

Note: T2 Six-month follow-up; T3 Twelve-month follow-up; ES Effect size; PKBS Preschool and Kindergarten Behavior Scales; SS Social Skills; PACS Parental Account of Childhood Symptoms; Arnold Parenting Scale; \*Greenhouse-Geisser epsilons were used to correct *p* values for violations of sphericity and compound symmetry

## Discussion

Our results address the important and understudied influence of a parent group intervention on fathers. We compared the baseline and six-month follow-up assessments of two groups (IG and CG) and our major findings were consistent with other studies (e.g., Miller & Prinz, 2003; Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2004) in that the main differences were found in father's self-reported dysfunctional practices. The fathers who attended an IY intervention made significantly more progress with respect to the reduction of negative parenting practices than the fathers in the CG. Moreover, and although these results must be interpreted with caution (due to the absence of a control group at 12 month follow-up), most of these post-intervention effects were maintained twelve-months after baseline.

As regards child outcomes, results showed that fathers' attendance of the IY program may be an effective method for increasing pro-social behaviors in preschool children at short and medium-term. These findings are important, as these skills can play an important role in the children's future behavioral adjustment, contributing to the establishment and maintenance of positive relationships with peers and adults (Beauchaine, Hinshaw, & Pang, 2010). Additionally, fathers in the intervention group also reported a reduction of the child's symptoms in the families' quality of life (according to the impact index of the PACS clinical interview), and these positive changes were still evident at the twelve-month follow-up.

In summary, these findings are encouraging and add new evidence to support the short and medium-term effectiveness of the IY parent program as a successful method of early intervention to promote the development of positive father-child relationships in a specific Portuguese sample of families with children with early signs of ODD. Thus, these results extend the impact of IY to a new segment of the Portuguese population, a population where these programs are taking their first steps through implementation and research (Webster-Stratton et al. 2012).

Unexpectedly, no significant improvements were found between the groups with regard to fathers reports of PKBS Anti-Social/Aggressive behaviors and Oppositional/Explosive behaviors. One possible explanation is that, after IY sessions, as suggested by Posthumus et al., (2012), parents may be more skilled at identifying child's misbehaviors and better able to answer specific questions more accurately, given that this is the second time that the instrument will have been administered and they will have had the opportunity to focus their attention on specific behaviors in the meantime. Another possible explanation is the maturation effect (Patterson, DeGarmo, & Forgatch, 2004), leading to a developmental improvement in children's behaviors at this stage of life and thus decreasing the differences between groups. Moreover, why fathers in

the CG reported a decrease concerning children behavior problems is not clear, but one possible explanation is that these families, because they did not receive immediate treatment, may have sought informal sources of help which were not assessed in this study (e.g. self-help literature). Also, the smaller size of the sample might have reduced the power to identify small effects. Finally, these results might indicate that fathers' perception of changes in child behavior could take more time to occur and become manifest only after changes in parenting skills become more consistent (Kern et al., 2007).

Contrary to other studies (e.g., Budd & O'Brien, 1982), we have found a high degree of involvement of fathers in the IY sessions. Fathers were extremely committed to the program, as shown by the high attendance rate, and reported satisfaction with the impact of the program on their children. Most fathers reported that they now had enough confidence to manage their children's behavior problems in the present and future, and felt no need for further parenting support. All said they would recommend the IY to other parents. This involvement (along with the fathers' high levels of satisfaction with the program) might be the result of our team efforts to encourage fathers to attend and become involved in group sessions by providing babysitting while parents were in the groups, conducting groups at more convenient times for fathers (e.g. after work hours) and working with fathers and mothers during the sessions not as a couple but as two different individuals with not necessarily equal goals.

In relation to our secondary aim, which was to explore whether mothers' reports would corroborate findings based on fathers' reports, significant differences between IG and CG mothers were found for mothers' perception of children pro-social and oppositional/explosive behaviors. Also, significant differences between the two groups were found for mothers self-reported dysfunctional practices, with changes remaining stable at twelve-month follow-up. Therefore, although some differences were evident between fathers' and mothers' results (e.g., in the short term the mothers' major improvement was on Overreactivity whereas fathers' was on Laxness) mothers' results follow the same trend of fathers', giving some support to the (limited) evidence in literature which has found medium-term positive effects for children who had both parents involved in their treatment (McBride & Rane, 2001; Webster-Stratton, 1985).

Given the neglect of the father figure in parent training research, this study (the first in Portugal to systematically evaluate the effectiveness of a PT intervention with fathers of oppositional preschoolers) has several strengths. First, a widely researched intervention model was used, which strongly emphasized a collaborative process within the groups and the development of positive parenting strategies, helping parents to be positive role-models for their children and promoting children's self-regulatory skills. In addition, contrary to other parenting programs, the content of a typical IY session appears to meet the fathers' needs. For instance,

many of the DVD vignettes shown during the sessions portray father-child interactions, which may contribute to the high attendance rates and levels of satisfaction of fathers and endorse the acceptability of the IY model. The study was also well-designed, with several positive methodological elements: it was part of a RCT with comparable samples in the two conditions; the assessment was multimethod (including self-reported measures and a clinical interview) and multi-informants; it used blind evaluators in both assessments, and blind participants until group allocation; there was a long-term follow-up assessment; and there was a low attrition rate. All these positive aspects assure the study's validity.

### *Limitations*

The findings should be interpreted cautiously and some weaknesses should be considered. Firstly, this trial lacks sufficient statistical power and rigor due to the absence of a control group at the 12-month follow-up, and the evaluators were not blind to the families' condition at this point. By analyzing only the variables that had shown marginal or significant intervention effects from pre- to post-assessment, when compared to control group, we tried to overcome this limitation. However, it is impossible to rule out the possibility that the effects found may have been caused by maturation or other changes in these families' lives (Webster-Stratton et al., 2012) and therefore, the follow-up results need to be regarded with caution and cannot be generalize to a wider population. Secondly, some cases had been lost by the 12-month follow-up, and a few other families had sought additional help for their children after the IY intervention, although these variables did not appear to have influenced the maintenance of intervention effects. Thirdly, the small sample size limits the interpretation and generalizability of these results and reduces the power of the analysis to detect small effects. The problem with generalization from a small group to a larger group is that findings may work well with some fathers in some contexts, but not as well with others, which leads us to believe that additional studies are needed with varied samples of fathers in different settings. Moreover, the generalization of findings must be carefully interpreted due to: a potential sample selection bias, since not all parents might have been willing to participate in this study because of its length; and also because the parents in our sample were much better-educated than the Portuguese population of the same age (this issue must be systematically addressed and evaluated in future studies).

Additionally, due to the lack of reliable Portuguese instruments for this age group, measures were selected based on other similar studies (e.g., Hutchings et al. 2007; Webster-Stratton et al., 2012) and on previous data from Portuguese samples from exploratory studies (see

Authors, 2013b for revision of studies). Nevertheless, the psychometric properties of some of them are motives for some concern (e.g., PACS and PS) and must be addressed in future studies.

Finally, regarding the selected outcome measures, with the exception of PACS Interview, on what concerns child behavior outcomes, this study reports primarily self-report measures. Analysis on the convergence of mother and father reports on child behavior revealed moderate to strong correlations between these two informants and this convergence increased from T1 to T2, which might be due to the fact that both mother and father attended the group together. However, the fact that self-report measures were chosen as main outcomes, may arise the possibility that parents perceptions of the levels of problematic behaviors their children exhibit is due to expectations of parents to report these changes to researchers, particularly in follow-up analyses, where there is no comparative control sample. Thus, to overcome this important limitation, future studies should include both questionnaires and blind observation approaches, as a means of corroborating outcomes (e.g, Bywater et al., 2009).

#### *Future Directions and Clinical Implications*

Overall, despite the small size of our sample, results from this study are promising for the efficacy of this intervention in promoting children's prosocial behavior and improving fathers' positive parenting practices. These results need to be confirmed with future studies in Portugal involving larger randomized samples. Efforts should also be made to evaluate the effects of this program with parents of Portuguese preschoolers with oppositional behaviors in different contexts (e.g., mental health context) and using different populations (e.g., socio-economically disadvantaged families) in order to examine the replicability of the intervention effects found. Studying the mediators and moderators of change in a larger sample will also shed light on the active ingredients in change and indicate the population groups for whom the intervention is more effective (e.g., Gardner, Hutchings, Bywater, & Whitaker, 2010).

The fact that the results of this study reveal no differences between the two groups in some expected variables may be related to the same barriers that are reported in the literature to explain the low participation of fathers in parents' groups (e.g, Fabiano, 2007). For example, a study conducted by Addis and Mahalik (2003) concluded that men are highly unlikely to seek help if doing so means admitting their parenting is an area in need for intervention. Therefore, they have a higher sense of parenting efficacy and finding the adequate strategies to encourage and engage fathers (who are in minority in most groups) in treatment is an important clinical consideration for group leaders (Chronis et al., 2004). In fact, three key recommendations for programs in the UK, Australia and the USA have been identified: (1) an appreciation of a father's

concern with his role as provider as well as parent should be recognized, and programs for low-income fathers should incorporate work-related training; (2) programs that recognize father's preference for active learning can boost engagement and learning; (3) having males as co-facilitators for fathers or mixed groups can make programs more acceptable for fathers (Fabiano, 2007). As already stated in the introduction, at the political level there is also a recommendation to involve fathers in their children's care (Council of Europe Recommendation 19, 2006).

This study contributes to a growing body of literature concerning early parental intervention in oppositional behaviors. Given the positive effects that paternal involvement may have on their children's adjustment, both directly and indirectly (for example, facilitating social support within the family, promoting consistency between the couple in parenting and discipline, and increasing mothers' long-term positive outcomes from the intervention), greater positive paternal involvement should be encouraged (Gryczkowski, Jordan, & Mercer, 2010). Therefore, efforts have to be made by Portuguese clinicians and policy-makers to involve fathers in parenting interventions and tailor these interventions to their specific needs and responsibilities, as well as to work towards making fathers' involvement the norm, emphasizing the importance of their role in a child's development.

#### Acknowledgments

This work was supported by the Foundation for Science and Technology (PhD grant: SFRH/BD/43562/2008; project research grant: PTDC/PSI-PED/102556/2008, also funded by the programme Compete in its component Feder). We are very grateful to all the parents and children that kindly participated in this study; and to our project team (group leaders, evaluators and advisers) for their involvement and constant support.

## References

Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M., & Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010. [Evaluation of parenting interventions: Report 2007-2010]* Retrieved from [http://www.cnpcjr.pt/preview\\_documentos.asp?r=3493&m=PDF](http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF).

Addis, M., & Mahalik, J. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist, 58*, 5–14. doi: 10.1037/0003-066X.58.1.5

Amato P., & Rivera F. (1999). Paternal involvement and children's behavior problems. *Journal of Marriage and the Family, 61*, 375–384.

Arnold, D., O'Leary, S., Wolff, L., & Acker, M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment, 5*, 137–144. doi:10.1037/1040-3590.5.2.137

Authors, 2012

Authors, 2013a

Authors, 2013b

Bagner, D., & Eyberg, S. (2003). Father involvement in parent training: When does it matter? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*, 599–605. doi: 10.1207/S15374424JCCP3204\_13

Beauchaine, T., Hinshaw, S., & Pang, K. (2010). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*, 327–336. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01224.x

Bor, W., Sanders, M., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*, 571–587. doi: 10.1023/A:1020807613155

Bronte-Tinkwe, J., Burkhauser, M., & Metz, A. (2012). Elements of promising practices in fatherhood programmes: Evidence-based research findings on interventions for fathers. *Fathering, 10*, 6–30. doi: 10.3149/fth.1001.6

Budd, K., & O'Brien, T. (1982). Father involvement in behavioral parent training: An area in need of research. *The Behavior Therapist, 5*, 85-89.

Bywater, T., Hutchings, J., Daley, D., Whitaker, C., Yeo, S., Jones, K., ... Edwards, R.T. (2009). Long-term effectiveness of a parenting intervention in Sure Start services in Wales for children at

risk of developing conduct disorder. *British Journal of Psychiatry*, 195, 318–324. doi:10.1192/bjp.bp.108.056531

Chronis, A., Chacko, A., Fabiano, G., Wymbs, B., & Pelham, W. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1–27. doi: 1096-4037/04/0300-0001/0

Cohen J. (1988) Statistical power analysis for the behavioural sciences (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, Publishers.

Council of Europe (2006). *Recommendation Rec (2006) 19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting* (Adopted by the Committee of Ministers on 13 December 2006 at the 983rd meeting of the Ministers' Deputies). Retrieved from <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1073507>

Coyl-Shepherd, D., & Newland, L. (2013). Mothers' and fathers' couple and family contextual influences, parent involvement, and school-age child attachment. *Early Child Development and Care*, 183, 553–569. doi: 10.1080/03004430.2012.711599

Cowan, P., Cowan, C., Pruett, M., Pruett, K., & Wong, J. (2009). Promoting fathers' engagement with children: Preventive interventions for low-income families. *Journal of Marriage and Family*, 71, 663–679. doi: 10.1111/j.1741-3737.2009.00625.x

Fabiano, G. (2007). Father participation in behavioral parent training for ADHD: Review and recommendations for increasing inclusion and engagement. *Journal of Family Psychology*, 21, 683–693. doi: 10.1037/0893-3200.21.4.683

Fabiano, G., Pelham, W., Cunningham, C., Yu, J., Gangloff, B., Buck, M., ... Gera, S. (2012). A waitlist-controlled trial of behavioral parent training for fathers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41, 337 – 345. doi: 10.1080/15374416.2012.654464

Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). *Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Port) [Strengths and Difficulties Questionnaire, Portuguese Version]*. Retrieved from [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org).

Flouri, E. (2010). Father's behavior and children's psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30, 363–369. doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.004

Gardner, F., Hutchings, J., Bywater, T., & Whitaker, C. (2010). Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcome in an effectiveness trial of a parenting intervention. *Journal of Child and Clinical Adolescent Psychology*, 39, 568–580. doi: 10.1080/15374416.2010.486315



Gardner, F., Ward, S., Wilson, C., & Burton, J. (2003). Joint play and the early development of conduct problems in children: A longitudinal observational study of preschoolers. *Social Development, 12*, 361–379. doi: 10.1111/1467-9507.00238

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1337–1345. doi: 10.1097/00004583-200111000-00015

Gryczkowski, M., Jordan, S., & Mercer, S. (2010). Differential relations between mother's and father's parenting practices and child externalizing behavior. *Journal of Child and Family Studies, 19*, 539–546. doi: 10.1007/s10826-009-9326-2

Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., Jones, K., ... Edwards, R. (2007). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: Pragmatic randomised controlled trial. *British Medical Journal, 334*, 678–685. doi:10.1136/bmj.39126.620799.55

Hutchings, J., & Gardner, F. (2012). Support from the Start: Effective program for three to eight year-olds. *Journal of Children's Services, 7*, 29–40. doi: 10.1108/17466661211213652

Johnston, C., & Mash, E. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology, 18*, 167–175. doi: 10.1207/s15374424jccp1802\_8

Kern, L., DuPaul, G., Volpe, R., Sokol, N., Lutz, J., Arbolino, L.,... Pipan, M. (2007). Multi-setting assessment-based intervention for young children at-risk for ADHD: Initial effects on academic and behavioral functioning. *School Psychology Review, 36*, 237–255.

Lamb, M. E. (2010). Fathers and child development: An introductory overview. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of fathers in child development* (5th ed., pp. 1–18). New York: Wiley.

Major, S. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas [Assessment of social skills and behavior problems in preschool ages: Portrait of Portuguese children]* (Doctoral Dissertation). Retrieved from [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese\\_Sofia%20Major.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese_Sofia%20Major.pdf)

McBride, B., & Rane, T. (2001). Father/male involvement in early childhood programs: training staff to work with men. In J. Fagan & A.J. Hawkins (eds) *Clinical and Educational Interventions with Fathers*. New York: Haworth.

Merrell, K. W. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition*. Austin, TX: PRO-ED.

Miller, G., & Prinz, R. (1990). Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin, 108*, 291–307. doi: 10.1037/0033-2909.108.2.291

Parke, R., McDowell, D., Kim, M., Killian, C., Dennis, J., & Wild M. (2002). Fathers' contributions to children's peer relationships. In C. Tamis-LeMonda & N. Carbrera (Eds.), *Handbook of father involvement: Interdisciplinary perspectives* (pp. 141-167). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, Publishers.

Patterson, G., DeGarmo, D., & Forgatch, M. (2004). Systematic changes in families following prevention trials. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *32*, 621–633. doi: 10.1037/a0016732

Posthumus, J., Raaijmakers, M., Maassen, G., van Engeland, H., & Matthys, M. (2012). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *40*, 487–500. doi: 10.1007/s10802-011-9580-9

Reid, J., Webster-Stratton, C., & Beauchaine, T. (2001). Parent training in Headstart: A comparison of program response among African American, Asian American, Caucasian and Hispanic mothers. *Prevention Science*, *4*, 209–227. doi: 10.1023/A:1013618309070

Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T. C., Leitão, S., Pimentel, M., & Major, S. (2013). *Protocolo de avaliação no âmbito do Projeto "Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: Eficácia de programas parentais e escolares (PTDC/PSI-PED/102556/2008)- Versão de Investigação. [Protocol of measures for the evaluation of the "Early prevention/intervention in disruptive behavior disorders: Efficacy of parents and teachers programs' Project – Research version]*. Retrieved from <http://fpce.uc.pt/anosincriveis/protocolo.doc>

Sonuga-Barke, E., Lamparelli, M., Stevenson, J., Thompson, M., & Henry, A. (1994). Preschool behavior problems and intellectual attainment: The associations of hyperactivity and conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *35*, 949–960. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb02304.x

Spoth, R., Redmond, C., Hockaday, C., & Shin, C. (1996). Barriers to participation in family skills preventive interventions and their evaluations: A replication and extension. *Family Relations*, *45*, 247–254.

Taylor, E., Schachar, R., Thorley, G., & Wiselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity I: Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, *146*, 770–777. doi: 10.1192/bjp.149.6.760

Tiano, J., & McNeil, C. (2005). The inclusion of fathers in behavioral parent training: A critical evaluation. *Child & Family Behavior Therapy*, *27*, 1–28. doi: 10.1300/J019v27n04\_01

Webster-Stratton, C. (1985). The effects of father involvement in parent training for conduct problem children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *26*, 801–810. doi: 10.1111/j.1469-7610.1985.tb00593.x

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

Webster-Stratton, C. (2011). *The Incredible Years Parents, Teachers, and Children Training Series: Program content, methods, research and dissemination, 1980–2011*. Seattle: The Incredible Years.

Webster-Stratton, C., Reid, J., & Beauchaine, T. (2013). One-Year Follow-Up of Combined Parent and Child Intervention for Young Children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42, 251-261. doi:10.1080/15374416.2012.723263.

Webster-Stratton, C., & Reid, J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 105–124. doi: 10.1207/S15374424JCCP3301\_11

Webster-Stratton, C., Gaspar, M., & 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 (Intervención Psicosocial)*, 21, 157–169.

## **PARTE 4**

Discussão Final



## **Capítulo 7 | Discussão dos Resultados e das suas Implicações**

Síntese dos resultados principais

Discussão integrada dos resultados principais

Limitações e pontos fortes do estudo

Implicações para a investigação e para a prática clínica



*“No child’s future should be predetermined by the decisions or mistakes of his or her parents, and I firmly believe every child should have the chance to succeed, regardless of their background”.*  
(Children’s Minister Sarah Teather, speaking on the Independent Commission into Early Intervention July 2010)





No trabalho aqui apresentado procurámos contribuir para um melhor conhecimento do impacto do Programa Básico para Pais Anos Incríveis (AI-Básico) em famílias com crianças em idade pré-escolar com comportamentos de oposição/desafio.

Recentemente temos vindo a assistir a um maior interesse pela aplicação de programas de intervenção parental empiricamente validados, junto de famílias com crianças com problemas de comportamento externalizante, e pela consequente avaliação do seu impacto na nossa população. De facto, a prevenção/tratamento precoce destes problemas contribui para a redução de trajetórias mal adaptativas e do enorme custo pessoal, familiar, comunitário e social que têm associado, especificamente quando a própria sociedade atravessa uma fase de crise económica e social, tal como é o caso de Portugal na conjuntura atual.

Após a apresentação detalhada dos estudos que compõem este trabalho, pretendemos, neste capítulo final, oferecer uma visão integrada da nossa investigação, sintetizando os resultados principais, apreciando os seus pontos fortes e limitações e sugerindo, sempre que possível, possíveis formas de as ultrapassar. Por fim, destacaremos algumas implicações que advêm da presente investigação, incidindo sobre a investigação mas dando particular destaque às implicações dos resultados para a prática clínica.

### **7.1. Síntese dos resultados principais**

A opção de apresentação desta dissertação através de estudos empíricos submetidos e/ou aceites para publicação implica que cada estudo tenha sido já discutido anteriormente de forma individual, pelo que esta secção terá como objetivo integrar os resultados já apresentados.

Nesta síntese, procuraremos organizar os resultados e respetiva discussão com base nos objetivos orientadores deste trabalho, apresentados no início (cf. Quadro 3 no Capítulo 3), que conduziram à realização de três estudos empíricos de carácter longitudinal, nos quais utilizámos diferentes metodologias de recolha e análise de dados, com o objetivo de avaliar a eficácia do Programa Básico para Pais Anos Incríveis, a curto e a médio prazo, numa amostra de famílias portuguesas com filhos em idade pré-escolar com comportamentos de oposição/desafio.

Nos três estudos empíricos que conduzimos obtivemos resultados caracterizadores das perceções dos diferentes informadores acerca dos problemas de comportamento das crianças (Estudo Empírico I); resultados acerca do impacto do programa AI Básico enquanto intervenção promotora de relações mais positivas entre mães e filhos e da intimidade conjugal (Estudo Empírico II); e, finalmente, acerca do impacto deste programa em diferentes variáveis dos pais e dos filhos, quando incluímos a figura paterna (Estudo Empírico III). De entre os resultados encontrados, consideramos importante destacar os seguintes:

i. Foram identificados graus distintos de acordo entre os diferentes informadores quanto aos problemas de comportamento das crianças: por um lado, pai e mãe apresentam um grau moderado a elevado de acordo entre si; por outro, o grau de acordo entre pais e professores é baixo.

ii. Paralelamente, e tal como aparece comumente descrito na literatura, as mães percebem os filhos como exibindo mais comportamentos negativos do que os pais e do que os professores, enquanto pais e professores não divergem de forma significativa no número de comportamentos negativos que percebem nas crianças.

iii. Relativamente às características da nossa amostra na linha de base:

a. Os grupos experimental e de controlo são idênticos na maior parte das variáveis das mães, distinguindo-se apenas em relação à variável competências de *coaching* (foram observadas menores competências de *coaching* nas mães do grupo de controlo) e à variável PAIR Total (o grupo de controlo apresentava à partida valores mais elevados de intimidade conjugal);

b. Globalmente, 79% das mães é casada ou vive em união de facto, tem uma idade média de 35 anos e 49% das mães são licenciadas. Quase um quarto das mães (23%) manifestou sintomas depressivos com significado clínico;

c. Os pais-homens dos grupos experimental e de controlo são também idênticos na maior parte das variáveis sociodemográficas, com exceção do número de anos que os pais estudaram: os pais do grupo de intervenção estudaram em média mais quatro anos que os do grupo de controlo. A idade média dos pais é de 37 anos;

d. Os pais-homens de ambos os grupos são ainda idênticos em relação às variáveis clínicas, com exceção da variável Satisfação Parental, na qual o grupo de controlo apresenta resultados mais baixos;

e. Os dois grupos, de intervenção e de controlo, são equivalentes quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas das crianças;

f. Oitenta e cinco por cento das crianças do grupo de intervenção e 87% das crianças do grupo de controlo situaram-se acima do ponto de corte de risco clínico, na medida inicial de rastreio comportamental (SDQ) e todas cotaram acima do ponto de corte de risco clínico na medida de triagem específica de oposição/desafio: 93% das crianças do grupo de intervenção e 82.2% das crianças do grupo de controlo foram identificadas como apresentando risco clínico moderado ou alto na subescala Opositivo/Explosivo da ECIP enquanto que 70% das crianças do grupo de intervenção e 80% das crianças do grupo de controlo foram identificadas como apresentando risco clínico moderado ou alto na subescala Antissocial/Agressivo da ECIP. Sessenta e cinco por cento das crianças do grupo de intervenção e 70% das crianças do grupo de controlo apresentaram risco clínico moderado ou elevado em ambas as escalas;

g. Metade das crianças da amostra foram encaminhadas por serviços clínicos e cerca de três quartos (74.7%) eram do sexo masculino;

h. Na amostra do nosso estudo a proporção de mães que completou o ensino superior é mais elevada do que a taxa correspondente à população feminina da zona centro (onde reside cerca de 81% da amostra estudada) entre os 30 e os 34 anos de idade; a percentagem de famílias casadas é mais elevada que a da zona centro; e a proporção de famílias monoparentais é inferior a percentagem encontrada nesta zona do país (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012).

iv. O atrito ou a perda amostral da avaliação pré para a avaliação pós-intervenção foi reduzido (88% das mães e 91.7% dos pais completaram o FU 6 meses; e 75% das mães e 83.3% dos pais completaram o FU 12 meses). A perda amostral aos 6 meses de FU foi mais elevada na lista de espera, do que no grupo experimental.

v. Na avaliação pós-intervenção (*follow-up* 6 meses), as mães do grupo de intervenção manifestaram um aumento das competências parentais positivas (tanto na tarefa de observação de interação mãe-criança, como nos autorrelatos das mães), utilizando menos práticas disfuncionais em geral, em comparação com as mães do grupo de controlo. Paralelamente, verificou-se que as mães do grupo de intervenção revelaram uma maior Abertura ao Exterior, comparativamente com as mães do grupo de controlo. Em relação aos comportamentos opositivos da criança, verificou-se que as mães alvo da intervenção reportaram uma diminuição significativa dos comportamentos opositivos/explosivos da criança.

vi. Aos 12 meses de *follow-up*, verificou-se a manutenção dos efeitos da intervenção anteriormente detetados nas variáveis das mães e da criança, com apenas uma exceção: os efeitos da intervenção nas competências de *coaching* das mães perderam-se.

vii. Verificou-se uma elevada taxa de adesão das mães ao programa AI e apenas 8% das participantes desistiram da intervenção. Cerca de 99% das mães manifestaram sentimentos positivos em relação a este programa e todas as mães o recomendariam a outras pessoas. Oitenta e um por cento das mães considera que não necessita de apoio adicional, após o término do programa.

viii. Na avaliação pós-intervenção (*follow-up* 6 meses), os pais-homens do grupo de intervenção manifestaram um aumento das competências parentais positivas utilizando menos práticas disfuncionais em geral, em comparação com os pais-homens do grupo de controlo. Verificou-se ainda que os pais-homens alvo da intervenção reportaram um aumento significativo dos comportamentos pró-sociais da criança. Finalmente, os pais-homens do grupo de intervenção reportaram uma diminuição do impacto dos comportamentos opositivos/desafiadores dos filhos na vida da sua família, quando comparados com os pais-homens do grupo de controlo.

ix. Aos 12 meses de *follow-up*, observou-se a manutenção dos efeitos da intervenção anteriormente detetados nas variáveis dos pais-homens e da criança, com duas exceções: por um lado, houve um ligeiro aumento dos comportamentos parentais de Verbosidade; por outro, os efeitos da intervenção na perceção dos pais-homens sobre impacto que os problemas de comportamento da criança têm na vida das famílias perderam-se.

x. Encontrámos uma elevada taxa de adesão ao programa AI por parte dos pais homens e apenas 8% dos participantes desistiram da intervenção. De uma forma geral, os pais-homens responderam de forma muito positiva ao programa, considerando em 95% dos casos que tinha havido melhorias nos principais problemas de comportamento dos filhos. No final do programa 93% dos pais-homens refere não necessitar de outro tipo de suporte parental. Todos os pais-homens recomendariam o programa a um amigo ou familiar.

## **7.2. Discussão Integrada dos Resultados Principais**

### **7.2.1. Acordo e discrepâncias entre diferentes informadores**

Tal como referimos na Introdução, a avaliação de crianças em idade pré-escolar com comportamentos de oposição/desafio e a determinação da relevância clínica destes comportamentos constitui um importante desafio para os clínicos, revestindo-se de uma importância particular o recurso a diferentes informadores (Crane, Mincic, & Winsler, 2011; Major, 2011). De facto, e corroborando uma abordagem ecológica do desenvolvimento infantil (Brofenbrenner, 1986), é relativamente consensual a necessidade e importância de obter as perspetivas de várias fontes (e.g., pais, educadores/professores) (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; Grietens et al., 2004; Kamphaus & Frick, 1996; Winsler & Wallace, 2002) na avaliação emocional e comportamental de crianças pré-escolares, de modo a obtermos um retrato mais coerente e fidedigno do funcionamento da criança.

No entanto, e não obstante este consenso, a literatura revela níveis modestos de acordo entre os diferentes informadores, designadamente, entre informadores dos diferentes contextos de vida da criança (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Grietens et al., 2004; Gross, Fogg, Garvey, & Julion, 2004; Rescorla et al., 2012) e é também neste sentido que apontam os resultados do nosso trabalho. De facto, no Estudo Empírico I, os resultados mostram que enquanto a mãe e o pai revelam correlações moderadas a fortes quanto à perceção dos problemas de comportamento dos filhos, o grau de acordo entre pais e professores relativamente a estes mesmos problemas tende a ser menor.

Este padrão de resultados poderá estar relacionado com a diferença de contextos em que pais e professores interagem com as crianças, que podem conduzir a perspectivas divergentes acerca do comportamento destas, influenciadas não só pelos tipos diferentes de atividades desenvolvidas e pelas pessoas com quem as crianças interagem nos diferentes contextos, mas também pelas diferentes exigências em termos de comportamento pró-social e até mesmo a própria expectativa e base de referência do comportamento normativo pela qual os informadores regem a sua avaliação (Major, 2011). Klyce e colaboradores (2012) salientam ainda que os pais parecem ser mais capazes de avaliar de forma correta determinados tipos de comportamentos (por exemplo, comportamentos relacionados com as rotinas diárias), enquanto os professores parecem ser melhores avaliadores de comportamentos relacionados com as diferentes etapas desenvolvimentais.

Apesar de na maioria dos domínios analisados o grau de acordo entre pais e professores ser baixo, no domínio do comportamento Antissocial/Agressivo esta concordância é mais elevada. Dado que os itens que constituem esta escala englobam comportamentos que preocupam a maior parte dos pais (uma vez que estão relacionados com a ocorrência de episódios de agressividade contra pares), poderá colocar-se a hipótese de haver uma maior partilha de informações entre escola e casa quanto a esta área, sendo este um fator que poderá ter condicionado o maior grau de acordo entre informadores (Hundert, Morrison, Mahoney, Mundy, & Vernon, 1997). Alternativamente, podemos considerar que uma vez que estes comportamentos podem ser observados não só em contexto escolar, mas também em contexto familiar (durantes as interações entre irmãos, por exemplo), esta subescala poderá constituir-se como um indicador mais fiel das dificuldades comportamentais destas crianças, considerando que os comportamentos que engloba são sinalizados quer em contexto familiar, quer em contexto escolar, devendo por isso ser objeto de investigações futuras.

Adicionalmente, o nosso estudo destacou ainda o acordo tendencialmente elevado entre mãe e pai, não só nos instrumentos de auto-relato, mas também na entrevista clínica (PACS). Este resultado vem sublinhar a importância de utilizarmos uma metodologia multimodal na avaliação dos problemas de comportamento das crianças, já que a utilização de métodos distintos de avaliação torna-a não só mais objetiva e detalhada, como permite uma maior segurança na altura de fazermos um diagnóstico clínico (Renk, 2005).

No Estudo Empírico I procurou-se ainda compreender o modo como algumas características da criança (nomeadamente o género e a forma como foi referenciada para o estudo) e dos pais (e.g., nível socioeconómico) se poderiam refletir no acordo entre mãe e pai e pais e educadores. Embora contraditório com os resultados de alguns estudos (e.g., Touliatos & Lindholm, 1981), o resultado que obtivemos é congruente com os resultados de Winsler e Wallace

(2002), evidenciando um acordo mais elevado entre os diferentes informadores para as raparigas, do que para os rapazes. No entanto, e de uma forma geral, os resultados que obtivemos com estas análises foram pouco claros e inconclusivos, sublinhando a importância destas e outras características da criança (e.g., idade) e dos pais (e.g., presença de depressão) virem a ser alvo de futuras investigações com amostras com um maior número de participantes (Berg-Nielsen, Solheim, Belsky, & Wichstrom 2012; De Los Reyes & Kazdin, 2005).

As correlações reduzidas a moderadas obtidas no presente estudo de acordo entre informadores de diferentes contextos não devem, contudo, ser assumidas como sinónimo de falta de fiabilidade das escalas de avaliação utilizadas (Hundert et al., 1997), ou como resultantes do facto de uma das fontes de informação ser pouco fiável/válida. De facto, cada informador pode contribuir com informação válida (Achenbach et al., 1987), ajudando-nos, através da informação que disponibiliza, a desenhar programas interventivos para atuar em problemas específicos e a adequá-los aos diferentes contextos em que eles ocorrem, ou seja, optando por uma abordagem “eco-comportamental”, em que o foco do problema não se cinja única e exclusivamente à criança (Merrell, 2008). Esta questão será discutida com maior detalhe no último ponto do presente capítulo.

De forma congruente com outros estudos (e.g., Berg-Nielsen et al., 2012; Gross et al., 2004; Herrera & Little, 2005; Strickland, Hopkins, & Keenan, 2012; Winsler & Wallace, 2002), as mães da nossa amostra reportam mais problemas de comportamentos dos filhos do que os pais, resultado que pode ser justificado à luz do maior tempo que as mães passam com a criança, sobretudo na realização das rotinas diárias (Grietens et al., 2004). De facto, o contacto mais intenso e a longo prazo que a mãe partilha com a criança permite-lhe ter acesso a um relatório de informação acerca do comportamento daquela, inacessível à maioria dos demais informadores. Da mesma forma, as divergências encontradas entre mães e professores, sobretudo no que diz respeito à perceção de mais comportamentos opositivos/explosivos da criança por parte das mães, podem ainda estar relacionadas com o facto de as mães observarem o comportamento desta num leque mais diversificado de situações, serem menos tolerantes para problemas considerados perturbadores, ou apresentarem expectativas irrealistas sobre o que é o comportamento normativo em idade pré-escolar (e.g., Cranes et al., 2011; Gross et al., 2004; Herrera & Little, 2005; Winsler & Wallace, 2002).

Tal como sugere Major (2011), estas divergências remetem para a importância e a necessidade de educação parental, no sentido de aumentar a informação sobre o que é normativo em cada idade e, desse modo, ajustar as expectativas/respostas dos pais face aos comportamentos dos seus filhos. Por outro lado, a importância da complementaridade destas duas perspetivas (contexto familiar e escolar) é bastante clara no estudo desenvolvido por Mitsis, McKay, Schulz,

Newcorn e Halperin (2000) para examinar a concordância nos relatos de pais e professores, numa amostra clínica de 74 crianças dos 7 aos 11 anos. Os autores concluíram que a perspectiva dos pais, complementada pela dos professores, poderá aumentar e melhorar a identificação de crianças em risco de desenvolverem PHDA e permitir o estabelecimento de um diagnóstico mais apurado (Mitsis et al., 2000). Daqui decorrem também implicações para a atuação dos profissionais de saúde, que discutiremos pormenorizadamente no último ponto deste capítulo.

### **7.2.2. Impacto do Programa Básico para Pais Anos Incríveis nos comportamentos dos progenitores**

A preocupação com o impacto das práticas parentais na qualidade da interação entre as mães e os filhos e no desenvolvimento e manutenção dos problemas de comportamento é um tema prevalente na literatura nesta área (Gardner, Shaw, Dishion, Supplee, & Burton, 2007; Reid, Patterson, & Snyder, 2002; Smith, Landry, & Swank, 2000), o que nos levou a debruçarmo-nos sobre o impacto do programa AI Básico nestas variáveis. De facto, muitos dos programas de intervenção parental têm como objetivo central promover práticas centradas na parentalidade positiva (Hutchings & Gardner, 2012; Hutchings et al., 2007; McMahon, 2006; Sanders, Markie-Dadds, Tully, & Bor, 2000), não sendo os Anos Incríveis uma exceção.

De um modo geral, grande parte da atenção tem sido colocada no impacto da intervenção parental ao nível das práticas maternas e consequente impacto na qualidade da relação mãe-filho. Porém, menos atenção foi dada ao papel de outras variáveis relacionadas com a intimidade conjugal ou ao impacto da intervenção parental em diferentes dimensões da paternidade.

Foi com base nestas lacunas da literatura que desenvolvemos o Estudo Empírico II e o Estudo Empírico III: o primeiro focou-se no impacto do programa não só nas práticas educativas maternas e na interação mãe-filho, mas também nos níveis de intimidade conjugal percebidos pela mãe; o segundo focou-se no impacto do programa no pai e na sua perceção dos comportamentos da criança.



## **Impacto do Programa Básico para Pais Anos Incríveis nos comportamentos da mãe a curto e a médio-prazos**

Corroborando os resultados de outros estudos, que indicam o impacto positivo do programa AI Básico na interação entre mães e filhos (Gardner, Burton, & Klimes, 2006; McGilloway et al., 2012; Perrin, Sheldrick, McMenamy, Henson, & Carter, 2013; Webster-Stratton & Reid, 2010), também o Estudo Empírico II revelou que após a intervenção as mães manifestam um aumento de comportamentos indicadores de parentalidade positiva na interação com os filhos, quando comparadas com as mães do grupo de controlo, tendo os efeitos encontrados apresentado uma magnitude elevada. De facto, de uma forma geral, as mães do grupo de intervenção relatam um decréscimo da utilização de práticas parentais disfuncionais (PS), verificando-se uma diminuição no auto-relato da utilização de práticas de tipo Laxista, Sobrerreativo e Verbosivo. Paralelamente, foi também observado um aumento significativo das práticas parentais positivas e das competências de *coaching* na interação mãe-filho (DPICS), contrariamente ao que aconteceu no grupo de controlo, em que houve uma diminuição das competências de *coaching* utilizadas do momento pré para o momento pós da avaliação.

Ao longo do tempo, as mães mantêm uma menor utilização dessas práticas disfuncionais, embora relativamente às competências de *coaching* se tenha observado, a médio-prazo, um esbatimento do efeito observado a curto-prazo. É possível que, dadas as dificuldades de auto-regulação e auto-controlo características das crianças com problemas de comportamento (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Frick & Viding, 2009), seja necessário mais tempo para a aprendizagem destas competências de *coaching* pelos pais, tal como já acontece em alguns países onde está a ser aplicada a versão mais longa do programa para pais, que coloca uma maior ênfase no treino de competências emocionais e sociais, essenciais no trabalho com crianças com comportamentos de oposição/desafio (Webster-Stratton, Reid, & Beauchaine, 2011).

Atendendo a que a existência de relações íntimas constitui um dos determinantes principais do bem-estar e do bom funcionamento individual (Prager & Roberts, 2004), constituindo um fator amortecedor dos efeitos patogénicos do stresse (Prager, 1995) e evidenciando a literatura que as famílias de crianças com problemas de comportamento do tipo opositivo revelam níveis mais elevados de stresse (e.g., Baker & Heller, 1996; Campbell, 1995), consideramos que os resultados do nosso estudo, ao indicarem uma melhoria significativa ao nível da dimensão Abertura ao Exterior nas mães do grupo de intervenção, são extremamente positivos, na medida em que esta dimensão pode funcionar como mais um recurso que permite às mães lidarem de forma positiva com os desafios acrescidos que os seus filhos lhes trazem, contribuindo também para a promoção de uma relação mãe-filho mais positiva. Adicionalmente, estes

resultados mantiveram-se a médio-prazo, tendo-se até verificado que continuaram a subir do *follow-up* 1 para o *follow-up* 2, embora não de uma forma significativa.

Algumas hipóteses explicativas para a ausência de resultados nas restantes dimensões da intimidade avaliadas (Comunicação e Validação Pessoal) serão discutidas mais à frente, na secção das implicações clínicas. No entanto, tanto quanto sabemos, esta dimensão não tem sido explorada no âmbito da avaliação do impacto do programa AI Básico, razão pela qual os resultados aqui reportados carecem de análises mais detalhadas em estudos futuros.

Finalmente, relativamente ao impacto do programa ao nível da sintomatologia depressiva materna, embora na avaliação da linha de base cerca de 23% das mães manifestassem sintomatologia depressiva acima do ponto de corte de risco clínico para a população portuguesa, não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos quanto a esta variável. Estes resultados, embora semelhantes aos de Gardner e colaboradores (2006) foram de alguma forma surpreendentes, uma vez que grande parte dos estudos têm apontado para o impacto positivo deste programa ao nível da redução da sintomatologia depressiva (e.g., Coren, Barlow, & Stewart-Brown, 2003; Hutchings, Bywater, Williams, Lane, & Whitaker, 2012). Todavia, é importante notar que, apesar de não termos encontrado o mesmo padrão de resultados de outros estudos semelhantes, é possível que o facto de a nossa amostra apresentar, na linha de base, uma percentagem relativamente pequena de mães com sintomatologia depressiva acima do ponto de corte de risco clínico, possa justificar estes resultados. Alternativamente, podemos considerar, tal como sugerem Gardner e colaboradores (2006), que as mães que apresentam na linha de base sintomatologia depressiva poderão necessitar da ajuda adicional de um programa que se foque especificamente nesta sintomatologia, tal como o Programa Advance, também da série Incredible Years de Webster-Stratton (1998).

Lamentavelmente, o facto de não termos uma amostra mais numerosa, colocou-nos alguns obstáculos à realização de análises de moderação que nos permitissem explorar, à semelhança do que foi feito noutros estudos (e.g., Reyno & McGrath, 2006; Webster-Stratton & Hammond, 1997), o efeito desta última variável, tanto ao nível dos comportamentos da criança, como ao nível das práticas educativas das mães.

Concluindo, os resultados da nossa investigação, relativamente ao impacto da intervenção no comportamento das mães, revelam-se assim congruentes com os resultados de outras investigações que sugerem serem as mudanças nas práticas parentais, nomeadamente nas práticas parentais positivas, os principais mecanismos ativos de mediação da mudança nos comportamentos da criança (e.g., Gardner et al., 2006). No caso das famílias com crianças com comportamentos de oposição/desafio, estes resultados assumem particular importância, na

medida em que a adoção de estratégias de parentalidade menos negativas e punitivas permite às mães quebrarem o ciclo de interações coercivas comumente instalado nestas famílias (Patterson, 2002), desenvolvendo assim relações mais positivas com os filhos.

Paralelamente, e constituindo a relação conjugal um fator protetor da adaptação individual em diversos contextos (Belsky, Youngblade, & Pensky, 1989; Rohrbaugh, Shoham, & Coyne, 2006) e tendo em conta os dados da literatura que apontam para o papel importante que os fatores de risco familiar, e designadamente, os problemas conjugais, desempenham no aparecimento precoce (e conseqüente progressão) dos problemas de comportamento (Katz & Gottman, 1994; Linville et al., 2010; McMahan, 2006), consideramos que o impacto que o programa AI Básico parece ter tido ao nível desta dimensão (da intimidade conjugal percebida) é mais um indicador importante da sua eficácia na promoção das interações positivas e da qualidade de vida em famílias com pré-escolares com comportamentos de oposição/desafio. Embora, na sua globalidade, os resultados obtidos não tenham apontado para a existência de diferenças significativas entre os dois grupos, esta diferença sobressaiu, de forma muito específica, na subescala Abertura ao Exterior, relacionada com a componente recreacional da intimidade, ou seja, com a abertura da díade conjugal aos outros, nomeadamente aos amigos, e à partilha de amigos comuns (Moreira, Amaral, & Canavarro, 2009). Ainda que de uma forma indireta, o facto de ao longo das 14 sessões do programa ser trabalhada a importância da rede social de suporte e de o programa Anos Incríveis encorajar os pais a manterem um contacto próximo durante e após a finalização do grupo, poderá ter contribuído para o ganho significativo que as mães do grupo de intervenção obtiveram nesta dimensão.

### **Impacto do Programa Básico para Pais Anos Incríveis nos comportamentos do pai a curto e médio-prazos**

Apesar dos benefícios apontados na literatura relativamente à inclusão do pai nos programas de intervenção parental, não existem ainda muitos estudos focalizados no impacto destes programas em diferentes variáveis relacionadas com o pai e com a criança (Fabiano et al., 2012; Tiano & Mcneil, 2005). Para além disto, os estudos que existem não apresentam resultados consensuais: por um lado, há estudos que sugerem que o envolvimento da figura paterna nos programas de intervenção parental contribui para a manutenção dos ganhos obtidos pelas mães ao longo do tempo (e.g., Bagner & Eyberg, 2003; Webster-Stratton, 1985); por outro, alguns estudos não reportam ganhos significativos para o pai ou para a criança quando ambos os progenitores estão envolvidos no programa (Firestone, Kelley, & Fike, 1980; Lundahl, Tollefson, Risser, & Lovejoy, 2008). Assim, considerámos relevante analisar também o impacto do programa

AI Básico com a figura paterna, confirmando os resultados deste Estudo Empírico III a pertinência de envolvermos os pais-homens nos programas de intervenção parental.

De facto, os resultados do nosso estudo revelam que após a intervenção também os pais-homens manifestam um aumento de comportamentos indicadores de parentalidade positiva. Mais especificamente, os pais-homens do grupo de intervenção relatam um decréscimo da utilização de práticas parentais disfuncionais (PS), verificando-se uma diminuição sobretudo nas dimensões de Laxismo e Verbosidade, quando comparados com os pais-homens do grupo de controlo, com efeitos de magnitude elevada. Ao longo do tempo, globalmente, os pais-homens mantêm uma menor utilização dessas práticas, embora se verifique um aumento da utilização de práticas parentais de Verbosidade no *follow-up* a 12 meses. No entanto, importa salientar que apesar de se verificar este aumento, a utilização deste tipo de práticas após a intervenção parental não retorna aos níveis prévios à intervenção.

Adicionalmente, foi também nosso objetivo, com a amostra de pais-homens, analisar o impacto do programa ao nível da sua perceção de competência parental, não tendo sido encontradas diferenças significativas, a curto-prazo, entre os dois grupos em nenhuma das dimensões avaliadas (satisfação com o papel de pai e eficácia parental percebida). Por razões metodológicas (devido à ausência de um grupo de controlo após o *follow-up* a seis meses optámos por analisar os efeitos a médio-prazo – *follow-up* 12 meses – apenas para as variáveis cujas diferenças entre o GE e o GC tinham sido estatisticamente significativas do momento pré para o momento pós), esta subescala não foi analisada a médio prazo, pelo que não sabemos se estas dimensões melhorariam à medida que as mudanças nas práticas parentais e nos comportamentos das crianças se tornam mais consistentes. Relativamente a esta ausência de resultados, divergente de outros relatos encontrado na revisão da literatura (e.g. McBride, 1991; Wilczak & Markstrom, 1999), podemos apontar várias explicações possíveis: em primeiro lugar, ela poderá estar relacionada com o facto de à partida (isto é, na avaliação da linha de base), e ao contrário do que habitualmente acontece em famílias com crianças com problemas de comportamento (e.g. Ohan, Leung & Johnston, 2000; Renk et al., 2003), os pais-homens da nossa amostra apresentarem níveis de sentido de competência parental próximos dos valores normativos encontrados para a população portuguesa num estudo exploratório recentemente submetido (Seabra-Santos et al., 2014), razão pela qual poderão não ter ocorrido ganhos relativamente a esta dimensão. Estes valores na linha de base poderão também estar relacionados com o facto de a nossa amostra incluir pais-homens mais escolarizados que a média portuguesa, o que poderá justificar a maior satisfação que sentem relativamente à sua parentalidade (Johnston & Mash, 1989; Gilmore & Cuskelly, 2008). Em segundo lugar, o facto de se tratar de uma amostra de dimensão muito

reduzida poderá também ter contribuído para esta ausência de resultados, não tendo sido detetados pelas nossas análises alguns efeitos pequenos.

No entanto, e embora não tenhamos obtido diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente a estas dimensões, na avaliação subjetiva que os pais-homens fazem no questionário de satisfação final com o programa, a maioria (84%) perceciona-se como “confiante” ou “muito confiante” para lidar com problemas de comportamento no momento presente ou no futuro.

Finalmente, e relativamente ao impacto dos problemas de comportamento na vida da família, os resultados do nosso estudo mostram que, a curto-prazo, os pais-homens do grupo de intervenção consideram que este impacto é menor do que os pais-homens do grupo de controlo. No entanto, do *follow-up* a seis meses para o *follow-up* a 12 meses a perceção do impacto do comportamento dos filhos na vida familiar volta a aumentar, esbatendo-se o resultado alcançado a curto-prazo. Uma vez mais, importa destacar que, ainda que pareça não existir manutenção dos resultados a médio-prazo relativamente a esta variável, os níveis de impacto percebido pelos pais-homens mantêm-se abaixo dos níveis percebidos antes de os pais-homens frequentarem o programa AI Básico.

De uma forma geral, os nossos resultados evidenciam uma melhoria significativa a curto e a médio-prazos das práticas parentais positivas da figura paterna. Adicionalmente, mostram uma diminuição do impacto percebido do comportamento dos filhos na vida familiar a curto-prazo.

Em suma, estes resultados sugerem, de forma preliminar, que o programa AI Básico para pais-homens, implementado ao longo de 14 semanas, parece ser eficaz e fazer a diferença nos comportamentos dos pais-homens de crianças pré-escolares com comportamentos de oposição/desafio. Anteriormente formulámos já algumas hipóteses explicativas para estes resultados, que serão discutidas em seguida, na secção das implicações clínicas.

### **7.2.3. Impacto do Programa nos comportamentos das crianças**

No que concerne à exploração dos efeitos da intervenção nos comportamentos opositivos e desafiadores das crianças encontrámos resultados distintos para os diferentes cuidadores: por um lado, os resultados do Estudo Empírico II são congruentes com os resultados de outros estudos (Bywater et al., 2009; Menting, Orobio, & Matthys, 2013; Posthumus, Raaijmakers, Maassen, Engeland, & Matthys, 2011; Webster-Stratton, 2011), verificando-se uma diminuição significativa a curto e médio-prazos nos comportamentos opositivos/explosivos reportados pelas mães do grupo de intervenção e efeitos de magnitude média a elevada a curto e a médio-prazos (do pré

para o pós e para o *follow-up* 12 meses); por outro, e indo ao encontro dos resultados da meta-análise de Lundahl et al. (2008), não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos relativamente aos comportamentos de oposição/desafio da criança reportados pela figura paterna (Estudo Empírico III). Este último resultado, não sendo congruente com outros estudos (e.g. McBride & Rane, 2001; Webster-Stratton, 1985), permite-nos colocar algumas hipóteses explicativas, designadamente o facto de os pais-homens estarem mais “aptos” a identificar os comportamentos negativos após a intervenção (o que explicaria a não redução) e o “efeito de maturação” descrito por Patterson, DeGarmo e Forgatch (2004). Paralelamente, foram identificadas algumas melhorias no grupo de controlo da avaliação pré para a pós-intervenção (PACS, PKBS O/E, PKBS A/A) que podem também ter diferentes hipóteses explicativas: por um lado, o facto de os pais estarem à espera de intervenção há cerca de 6 meses pode ter conduzido a uma relativização dos comportamentos dos filhos em consequência da expectativa de suporte (Hautmann, Hanisch, Mayer, Pluck, & Dopfner, 2008). Por outro lado, estas famílias podem ter procurado outro tipo de ajuda durante o tempo de espera (ainda que a mesma não tenha sido reportada aos avaliadores); podem ter-se sentido mais predispostos para modificar as suas práticas parentais após contacto com o projeto e, conseqüentemente com o programa, através do blog do projeto, do site oficial dos AI ou, mesmo, da leitura do livro dos AI, disponível em português (Posthumus et al., 2011).

Ainda no âmbito do impacto do programa no comportamento das crianças, destacamos o resultado positivo ao nível dos comportamentos pró-sociais das crianças alvo da intervenção em contexto familiar, a curto e a médio-prazos, de acordo com a perceção da figura paterna (Estudo Empírico III). Este resultado assume particular relevância no contexto das crianças com comportamentos de oposição/desafio, na medida em que elas tendem a manifestar dificuldades ao nível das competências sociais (Crick & Dodge, 1994; Dodge, Proce, Bachorowski, & Newman, 1990). Assim, o incremento destas aptidões poderá contribuir para o estabelecimento e manutenção de relações mais positivas com os pares e com os adultos, o que por sua vez poderá funcionar como um fator protetor no futuro (Beauchaine, Hinshaw, & Pang, 2010),

#### **7.2.4. Adesão ao programa e níveis de satisfação**

Para além do que temos discutido até este ponto, os resultados dos diferentes estudos empíricos permitem-nos ainda destacar alguns aspetos relacionados com os níveis de adesão e satisfação dos participantes, dados que se constituem como indicadores importantes do envolvimento e aceitação do programa por parte de mães e pais.

Assim, e de forma congruente com outros estudos que utilizaram o programa AI Básico (e.g., Axberg & Broberg, 2012; Larsson et al., 2008; Webster-Stratton et al., 2011) destacamos, em primeiro lugar, os elevados níveis de adesão alcançados pelos participantes: cerca de 87% das mães estiveram presentes em dois terços ou mais do programa. Relativamente aos pais-homens sublinhamos que os níveis de adesão demonstrados (cerca de 78% dos pais estiveram presentes em dois terços ou mais das sessões) são claramente superiores aos resultados muitas vezes descritos na literatura (e.g., Budd & O'Brien, 1982). Para além disto, obtivemos uma taxa reduzida de desistência do programa para ambos os cuidadores.

As condições oferecidas ao longo da implementação dos AI (e.g., *babysitting*, fornecimento de uma refeição ligeira, horário pós-laboral) e as estratégias que o programa contempla para prevenir as desistências e aumentar o envolvimento quando algum pai falta (e.g., sessões de *make-up*, telefonemas semanais, envio dos materiais), podem ter contribuído como elementos facilitadores da elevada adesão das participantes (Seabra-Santos, Gaspar, Azevedo, Homem, & Pimentel, 2011; Webster-Stratton & Hammond, 1997).

Destaca-se ainda o facto de a quase totalidade de mães e pais manifestar sentimentos positivos em relação a este programa e de todos eles considerarem que o recomendariam a outras pessoas. Finalmente, 81% das mães e 93% dos pais consideram que não necessitam de apoio adicional, após o término do programa.

### **7.3. Limitações, pontos fortes do estudo e pistas para investigações futuras**

#### **7.3.1. Limitações e pontos fortes**

Apesar da pertinência e interesse que consideramos que o nosso estudo tem, diversas limitações devem acautelar as conclusões acerca dos resultados. Em seguida apresentamos essas limitações.

##### **Tamanho da Amostra**

A primeira limitação - e, na nossa opinião uma das principais - prende-se com o tamanho da amostra, particularmente se consideramos os estudos prospetivos longitudinais com o grupo de intervenção (Estudo Empírico II e Estudo Empírico III). A implementação de um estudo longitudinal tem subjacente a possibilidade de atrito experimental (Clark-Carter & Marks, 2004), o que também se verificou no nosso estudo, numa percentagem semelhante (e até mesmo mais reduzida) à de outros estudos (Gardner et al., 2006; Jones, Daley, Hutchings, Bywater, & Eames, 2007; Larsson et al., 2008). Os pais que participaram nos diferentes momentos de avaliação não

se diferenciaram, do ponto de vista sociodemográfico e clínico, dos que desistiram da participação durante o estudo (cf. Capítulo 3), o que confere alguma representatividade aos nossos resultados. No entanto, apesar de, globalmente, a amostra do estudo ser adequada aos objetivos a que nos propusemos, em alguns grupos em particular, e para determinados objetivos específicos, o tamanho da amostra está aquém do requerido para identificar a presença de diferenças significativas entre os grupos, designadamente, no caso da figura paterna. De facto, e apesar do esforço que foi feito para envolver os pais-homens e da sua taxa positiva de participação, a dimensão da amostra de cuidadores masculinos é reduzida. Assim, esta limitação aponta para a necessidade de replicação destes dados em amostras de dimensão superior, que permitam explorar melhor os efeitos do programa, sobretudo na amostra de pais-homens e em medidas de observação (que, na nossa amostra, foram aquelas em que mais se fez sentir o atrito experimental).

Finalmente, também devido ao tamanho da amostra, tivemos de adequar as análises estatísticas escolhidas (e.g., utilização de testes não paramétricos no Estudo Empírico I).

#### Características Psicométricas do Instrumentos

Uma segunda limitação está relacionada com as características psicométricas de alguns instrumentos utilizados (e.g., foram encontrados níveis de consistência interna baixos em alguns instrumentos). Apesar da escolha dos instrumentos ter sido feita com base em estudos semelhantes (e.g., Jones et al., 2007; Hutchings et al., 2007) e em investigações preliminares com amostras da nossa população (ver Seabra-Santos et al., 2013 para referências desses estudos), alguns destes instrumentos revelam fragilidades que implicam uma interpretação cautelosa dos resultados e sublinhamos a necessidade de os replicar futuramente e de explorar as suas características psicométricas de forma exaustiva na população portuguesa.

Também em relação à medida de observação direta de interação mães-filhos que utilizámos (DPICS), importa sublinhar que esta medida foi aplicada em contexto laboratorial e não naturalístico, o que poderá ter influenciado os resultados obtidos. Assim, consideramos pertinente que em estudos futuros a observação e respetiva cotação da interação seja feita “ao vivo” e, ainda que não seja muito comum no nosso país, preferencialmente em contexto domiciliar (Gardner, 2000). Por outro lado, consideramos também pertinente que em estudos futuros esta medida de observação seja também aplicada para as interações pai-filho(a) (ao contrário do que aconteceu no nosso estudo onde, por motivos de ordem económica, relacionados com o custo da prestação de serviços da cotação das interações, foram observadas apenas as interações mãe-filho(a)).



### Representatividade da Amostra

A terceira limitação metodológica prende-se com a representatividade da amostra. De facto, as famílias da nossa amostra revelaram níveis de escolaridade superiores aos das famílias da mesma idade da zona centro e da média nacional. Por outro lado, encontrámos níveis de psicopatologia materna inferiores aos que são descritos em estudos semelhantes (Gardner et al., 2006; Hutchings et al., 2007), o que pode ser indicativo de menores fatores de risco. Assim, consideramos importante a replicação deste estudo com amostras com características socioeconómicas e de escolaridade diferentes, até porque as crianças com comportamentos mais difíceis têm sido associadas na literatura a contextos com elevados níveis de risco (e.g., contextos menos escolarizados, mães jovens) (Hutchings et al., 2007).

Adicionalmente, na comparação dos resultados deste e de outros estudos semelhantes é necessário algum cuidado, na medida em que a seleção desta amostra foi feita com base num critério de inclusão definido pela presença de comportamentos indicativos de risco, e não pela presença de um diagnóstico (intervenção preventiva vs tratamento). Esta circunstância levou a que a amostra estudada seja caracterizada por grande heterogeneidade, podendo eventualmente contemplar alguns falsos positivos, como é usual em estudos de prevenção (Menting et al., 2013). Para diminuir o risco de classificações erróneas, tem sido sugerida a utilização de uma avaliação multimodal e com recurso a múltiplos informantes nos procedimentos de triagem dos estudos de eficácia (Frick & Loney, 2000, cit. por Raaijmakers, 2008). Embora no nosso estudo este tenha sido o procedimento, os critérios de inclusão tiveram em consideração apenas os questionários de auto-resposta da mãe, uma vez que é ela a figura cuidadora principal na maior parte das famílias. Na impossibilidade de, por constrangimentos económicos e temporais, incluirmos nos procedimentos de triagem uma avaliação multimodal, o Estudo Empírico I foi pensado com o objetivo de nos permitir ter uma panorâmica mais alargada e o mais fidedigna possível dos comportamentos de oposição/desafio das crianças da nossa amostra.

Finalmente, é também possível que tenha existido algum enviesamento na seleção da amostra, relacionado com o não reconhecimento da necessidade de uma intervenção parental, com a duração e disponibilidade requeridas para participar num programa de intervenção ao longo de 14 semanas consecutivas (e.g., hipótese de algumas famílias com menor suporte e capacidade socioeconómica terem ficado de fora e, pelo contrário, as mais motivadas e interessadas em melhorar os problemas dos filhos terem participado). Embora consideremos que, em grande parte devido à motivação e disponibilidade da nossa equipa, fomos eficazes na forma como conseguimos recrutar os pais e assegurar a sua participação nos grupos, estamos conscientes que muitas vezes os pais que recusam participar na intervenção têm características

distintas dos pais que aceitam participar (Minde, 1992), o que poderá dificultar a generalização dos nossos resultados para famílias com crianças que apresentam problemas de comportamento mais graves. Assim, no futuro, a análise sistemática das características das famílias que se recusam a participar no programa pode dar-nos informação significativa sobre a melhor forma de as envolver nestas intervenções e de ir ao encontro das suas necessidades (Koerting et al., 2013; Rodrigo, 2010).

#### Inexistência de Grupo de Controlo aos 12 Meses de *Follow-Up*

A inexistência de um grupo de controlo (de comparação) aos 12 meses de *follow-up* constitui também uma importante limitação metodológica, dificultando a interpretação da eficácia dos resultados a médio-prazo e da manutenção dos ganhos atribuídos exclusivamente ao fator intervenção. No entanto, julgamos importante sublinhar que esta opção metodológica foi tomada tendo em consideração as preocupações reveladas pelos pais relativamente aos comportamentos dos seus filhos e as recomendações para iniciar a intervenção o mais precocemente possível (Daley, Jones, Hutchings, & Thompson, 2009). Assim, e à semelhança do que acontece noutros estudos (e.g., Jones et al., 2008; Webster-Stratton, Reid, & Beauchaine 2012), considerámos que não seria ético manter estas famílias em lista de espera sem qualquer aconselhamento ou suporte por um período mais prolongado de tempo. Tal como foi descrito nos artigos Empíricos II e III, a estratégia encontrada para tentarmos controlar a influência de outros fatores (e.g., do processo de desenvolvimento) e os enviesamentos na interpretação dos resultados (e.g., aos 12 meses de *follow-up* não foi possível garantir uma avaliação “cega” em relação ao grupo de pertença dos participantes), nomeadamente os erros de tipo I, foi incluir nos estudos longitudinais apenas as variáveis que demonstraram efeitos de interação significativos da avaliação pré para a pós-intervenção (Webster-Stratton et al., 2012b).

As limitações até agora apresentadas fornecem algumas pistas para considerar em futuras investigações. Porém, para além dos aspetos metodológicos já referidos, identificámos outras lacunas ou áreas que seria pertinente investigar em estudos futuros.

Destacamos assim algumas limitações inerentes ao programa implementado, designadamente o facto de o programa AI Básico implicar algum nível de literacia (tendo este sido também um dos nossos critérios de inclusão no estudo) por parte dos pais, o que pode constituir um obstáculo para algumas famílias e implicar adaptações e cuidados especiais na sua implementação. Embora noutros países as cenas não estejam legendadas mas sim dobradas e esteja já disponível uma versão áudio do livro de apoio ao programa (e.g. EUA), que permite ultrapassar esta limitação, no nosso país estas soluções não estão ainda disponíveis.

Adicionalmente, é um programa cujos custos financeiros são elevados (e.g., na formação e supervisão dos facilitadores dos grupos; aquisição do programa; materiais disponibilizados aos pais) e que envolve a disponibilidade de recursos humanos suficientes para assegurarem não só a preparação e dinamização das sessões, assim como a realização de telefonemas semanais, assim como o *babysitting*. Por outro lado, o programa implica também disponibilidade de tempo por parte dos pais para frequentarem as sessões semanais e para a realização das tarefas para casa.

Assim, estas limitações podem constituir obstáculos ao acesso universal ao programa por parte dos técnicos, das instituições e dos próprios pais, se não forem criadas condições facilitadoras (Koerting et al., 2013).

Consideramos ainda importante referir que, embora a nossa investigação tenha, tal como já foi referido, privilegiado o recurso a uma abordagem multimodal na avaliação do impacto do programa AI-Básico na população selecionada, incluindo medidas de observação da interação mães-crianças e também uma entrevista clínica, a grande maioria dos resultados reportados dizem respeito a questionários de hetero-resposta, considerados uma medida mais suscetível a enviesamentos, designadamente porque o facto de os pais terem participado numa intervenção pode enviesar a sua perceção e oferecer uma imagem enviesada, mais positiva, dos comportamentos da criança (Seabra-Santos & Gaspar, 2012; Webster-Stratton et al., 2011).

Por fim, o facto de a maioria dos grupos ter sido realizada em contexto de investigação (académico), sendo que apenas uma pequena parte da intervenção (18%) foi implementada em contexto clínico, poderá também ter sido um fator que dissuadiu algumas famílias de participarem nos grupos. De facto, a literatura sugere que os grupos de pais devem acontecer em locais acolhedores, seguros, que façam parte da comunidade e de fácil acesso para as famílias (Shapiro, Prinz, & Sanders, 2011; Webster-Stratton, 2012). Assim, consideramos que em estudos futuros, com amostras portuguesas, deverá ser feito um esforço acrescido na articulação com instituições da comunidade (e.g., jardins-de-infância) e com os serviços de cuidados de saúde (públicos e privados), para a implementação da intervenção em contextos mais “reais” (Rodrigo, Almeida, Spiel, & Koops, 2012).

Apesar das limitações referidas, o nosso trabalho tem importantes mais-valias, tanto a nível conceptual, procurando dar resposta a algumas questões que ainda não estavam explicadas na literatura, como no plano metodológico, tendo sido nossa preocupação, sempre que possível, superar algumas das limitações enunciadas anteriormente.

Em primeiro lugar, e face à ausência, no nosso país, de intervenções parentais sistematicamente avaliadas em idade pré-escolar com crianças com comportamentos de oposição/desafio, a presente investigação oferece evidência preliminar, a curto e médio-prazos,

da eficácia do programa AI Básico na promoção de interações mais positivas entre mães e filhos. Deste modo, segue as indicações da comunidade científica internacional, que apela ao investimento em intervenções baseadas em evidências (Rodrigo et al., 2012) e nacional (Abreu-Lima et al., 2010; Almeida et al., 2012), que preconiza a necessidade de investir na prevenção e na parentalidade positiva.

Em segundo lugar, consideramos que a inclusão da figura paterna no estudo constituiu um importante contributo desta investigação, permitindo-nos conhecer melhor o impacto de um programa de intervenção parental na figura paterna, amostra pouco investigada anteriormente. Esta inclusão dos pais-homens na investigação acerca do impacto do programa AI Básico nas famílias de crianças com comportamentos de oposição/desafio, ainda que pouco habitual, vai ao encontro das medidas preconizadas pelo Conselho da Europa (2006, recomendação 19) nas suas recomendações acerca da parentalidade positiva, com o objetivo de promover o envolvimento da figura paterna no cuidado e educação dos filhos.

Em terceiro lugar, analisou uma dimensão que não é habitualmente explorada nos estudos sobre a eficácia dos programas de intervenção parental: a intimidade conjugal. De facto, embora a relação entre a conjugalidade e a parentalidade tenha já sido alvo de muita investigação (Buehler e Gerard, 2002; Katz & Woodin, 2002), a intimidade conjugal não tem sido, tanto quanto é do nosso conhecimento, alvo de estudos nas investigações sobre o impacto/eficácia das intervenções com pais. Constituindo, tal como já foi anteriormente referido, a existência de relações íntimas um dos principais fatores determinantes do bem-estar e do bom funcionamento individual, (Prager & Roberts, 2004) e um importante fator protetor dos efeitos do stresse, a análise do impacto do programa AI Básico nesta variável afigura-se-nos importante, na medida em que a literatura aponta para a existência de níveis de stresse e dificuldades conjugais superior nas famílias com crianças com comportamentos de oposição/desafio (Linville et al., 2010; Webster-Stratton, 2012).

Adicionalmente, consideramos que o nosso estudo tem igualmente mais-valias a nível metodológico, designadamente, o facto de a subamostra desta investigação fazer parte de um estudo aleatorizado (*Randomized Controlled Trial*, RCT), considerada a melhor opção metodológica para avaliar a eficácia de intervenções, uma vez que, através da distribuição aleatória dos participantes pelo grupo de intervenção e pelo grupo de controlo, as diferenças entre as variáveis são minimizadas e os efeitos são atribuídos à intervenção e não a outras variáveis contudentes (Akobeng, 2005; Schulz, Douglas, & David, 2010).

Ainda no que se refere ao desenho da investigação, a natureza longitudinal do estudo permitiu-nos estudar a evolução dos efeitos da intervenção ao longo do tempo e reforça a eficácia dos resultados.

Relativamente aos instrumentos de avaliação utilizados, salientamos o facto de termos recorridos a uma abordagem multimodal (questionários, entrevistas, observação da interação mães-crianças) e com recurso a múltiplos informadores (mãe, pai, educadores, avaliadores independentes). De facto, a análise da literatura disponível permitiu-nos constatar a sub-representação de participação da figura paterna, comparativamente à mãe, designadamente nos estudos acerca do acordo entre informadores. A título de exemplo, numa revisão da literatura, Phares e Compas (1992) analisaram a inclusão do pai em investigação clínica de crianças e adolescentes realizada entre 1984-1991 e constataram que, dos 577 artigos estudados, 277 (48.0%) incluíam apenas a mãe contra 8 (1.4%) que envolviam somente a figura paterna.

Para além disso, e não obstante a escassez de medidas estudadas e validadas para a população portuguesa em idade pré-escolar (Major, 2011), os instrumentos utilizados foram seleccionados com base numa cuidada revisão da literatura e nos estudos pré-existentes com amostras portuguesas. Ainda em relação aos instrumentos, os estudos de acordo entre avaliadores para o DPICS e para a PACS desenvolvidos, que incluíam outros avaliadores independentes, constituem uma mais-valia e mais um aspeto metodológico importante desta investigação.

Em relação à amostra, julgamos importante destacar a reduzida taxa de atrito experimental ou perda amostral das famílias, ao longo dos diferentes momentos de avaliação (*follow-ups* 6 e 12 meses), e a ausência quase total de diferenças entre os participantes que terminaram a investigação e os que desistiram ao longo do processo, tanto em relação a variáveis sociodemográficas como clínicas, indicativa da estabilidade nas características da amostra, ao longo do tempo.

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

Procurámos ainda, ao longo de todo o processo de análise de dados, corresponder às indicações da American Psychological Association (APA, 2010), nomeadamente através do cálculo do poder em função das análises estatísticas propostas e da descrição da magnitude dos efeitos estatísticos encontrados. As preocupações éticas estiveram também presentes ao longo do estudo, tendo havido preocupação em cumprir as orientações da Declaração de Helsínquia, entre outras, tal como foi descrito no Capítulo do Enquadramento Metodológico.

Finalmente, destacamos a utilização de um programa e modelo de intervenção, os Anos Incríveis, amplamente investigado, baseado em evidências e sustentado num sólido quadro teórico de referência. A elevada adesão, juntamente com os níveis de satisfação alcançados, reforçam a aceitação e transportabilidade para o nosso país do modelo dos AI para pais de crianças com comportamentos oposição/desafio e confirmam a eficácia do programa em lidar com as barreiras ao envolvimento das famílias na intervenção (Hutchings, Gardner, & Lane, 2004; Koerting et al. 2013).

#### **7.4. Implicações para a investigação e para a prática clínica**

Na sequência dos pontos fortes que acabámos de referir, decorrem algumas implicações para a investigação com programas de intervenção parental, bem como implicações para a prática clínica.

Especificamente, destacamos a importância de conduzir estudos que abarquem a complexidade do impacto deste programa de intervenção parental do ponto de vista do desenho metodológico, designadamente, estudos prospetivos longitudinais alargados com um número maior de participantes, com poder estatístico suficiente que permita a realização de outro tipo de análises (e.g. análises de mediação e de moderação). De facto, a replicação dos nossos resultados em amostras de dimensões maiores possibilitará a resposta a outras questões de investigação, como por exemplo para que famílias e crianças (para quem) e em que circunstâncias estas intervenções parentais são eficazes, bem como funcionam os programas, ou seja, quais os mecanismos ativos da mudança (Gardner, Hutchings, Bywater, & Whitaker, 2010; Menting et al., 2013; Webster-Stratton et al., 2012). Paralelamente, tais investigações poderão dar-nos pistas sobre as trajetórias desenvolvimentais destas crianças e o impacto, ou não, deste tipo de intervenção em diferentes variáveis do funcionamento da criança e dos pais, a longo-prazo.

Do ponto de vista dos participantes na investigação, o facto de a recolha de informação ter sido feita junto do maior número possível de pessoas próximas da criança reforça a probabilidade

de obtermos um retrato mais fidedigno da situação e de recolhermos informação diagnóstica e pistas importantes a partir dos adultos que poderão ter um papel mais significativo, directo ou indirecto, em termos interventivos (De Los Reyes & Kazdin, 2004; Keogh & Bernheimer, 1998; Lopes, Machado, Pinto, Quintas, & Vaz, 1994; Renk, 2005).

Paralelamente, a inclusão simultânea de mãe e pai nos grupos de intervenção revela-se também de grande importância. Tal como já foi referido, Fabiano (2007) reporta maior estabilidade dos efeitos das intervenções parentais a longo-prazo, quando os pais-homens são envolvidos no programa, enquanto Webster-Stratton (1985) relata menos recaídas a longo-prazo. Para além disto, vários estudos (e.g. Soriano et al., 2001) têm identificado o suporte recebido pelo companheiro/a como um dos principais fatores promotores da vivência positiva da experiência da parentalidade, justificando-se assim a realização de todos os esforços possíveis para envolvermos ambos os progenitores na intervenção. Estudos futuros com os AI em Portugal deverão assim procurar analisar a estabilidade dos efeitos a longo-prazo da intervenção junto de mães que fazem o programa sozinhas *versus* mães que fazem o programa em conjunto com o companheiro. Adicionalmente, deverão também explorar a influência que os pais que não participam nos grupos têm nos resultados da intervenção nas mães e nas crianças, bem como quais as famílias que mais beneficiam com a participação do pai nos grupos (Manby, 2005)

Finalmente, a inclusão de ambos os progenitores nos estudos permitirá ainda compreender de forma mais clara e detalhada o impacto do programa ao nível de diferentes dimensões relacionadas com a interligação conjugalidade/parentalidade, para além da intimidade conjugal (e.g. conflito no casal; comunicação; consistência ao nível das práticas educativas). A este propósito, poderá também ser importante em estudos futuros investigar se estas dimensões (para as quais não obtivemos resultados significativos no presente estudo), poderão mais facilmente alcançar mudanças positivas se para além do programa AI Básico, os pais beneficiarem também do programa AI Advanced, que se foca mais diretamente nas questões da comunicação e resolução de problemas no casal (Webster-Stratton, 2012)

À semelhança do que tem sido feito noutros países (Edwards, Ceilleachair, Bywater, Hughes, & Hutchings, 2007; Foster, Olchowski, & Webster-Stratton, 2007), destacamos também a importância de estudos futuros com os AI em Portugal incluírem análises económicas da relação entre o custo e a eficácia do programa. Ainda que não o tenhamos feito no nosso estudo de forma sistemática e detalhada, é pertinente a realização de estudos que incluam indicadores dos serviços utilizados a curto e a longo-prazos, que equacionem os custos da intervenção, os benefícios do programa e o recurso a sistemas de saúde e educação extra, ajudando assim a decidir sobre as

mais-valias da implementação ou não deste tipo de intervenção (e.g., O'Neill, McGilloway, Donnelly Bywater, & Kelly, 2013).

Para além disto, no futuro, será também importante analisar qual a “dosagem” do programa adequada para as características de cada criança e de cada família. No entanto, esta análise só pode ser feita quando começarem a ser realizados estudos que analisem os resultados baseando-se no efeito dose-resposta (*dose-response effect*). Esta sugestão, que vai ao encontro da proposta de Moran e colaboradores (2004) que referem que a assunção que as famílias que desistem do programa ou que revelam uma taxa de assiduidade muito baixa têm resultados piores do que aquelas que participam no programa de forma mais ativa e regular só poderá ser confirmada quando os diferentes estudos empíricos integrarem também análises relativas ao efeito dose-resposta.

Por último, importa referir que a condução bem-sucedida de uma investigação implica uma estratégia de equilíbrio entre o que é importante investigar, à luz do conhecimento atual, e a exequibilidade da investigação, obrigando-nos a tomar opções sobre os tópicos a investigar (e.g., no que respeita às variáveis a incluir no protocolo de avaliação, de forma a conseguir uma taxa elevada de participação). No entanto, reconhecemos que existem outras dimensões, bem como outros mecanismos/processos subjacentes ao impacto de um programa de intervenção parental que não foram considerados no nosso estudo e devem ser objeto de investigação em estudos futuros.

Os resultados da nossa investigação oferecem-nos ainda contributos que permitem delinear algumas implicações para a prática clínica. Esta reflexão foi influenciada não só pela literatura existente sobre o tópico (Perrin et al., 2013; Hutchings et al., 2012; Posthumus et al., 2012; Sanders et al., 2000; Webster-Stratton, 2012), como também pela nossa própria experiência clínica com estas famílias, enquanto líderes dos grupos de pais que fizeram parte do projeto alargado onde este estudo se inseriu.

A importância do bem-estar psicológico das crianças e adolescentes para o seu ajustado desenvolvimento emocional, social, físico e cognitivo é já um facto amplamente reconhecido (Shastri, 2009). Uma boa saúde psicológica, física e social é um fator protetor para a emergência de problemas emocionais e comportamentais e para o consumo de substâncias, gravidez precoce e envolvimento em comportamentos delinquentes na adolescência (Adi et al., 2007).

A investigação na área dos problemas de comportamento na infância põe em evidência a prevenção e intervenção precoces como vias preferenciais para a prevenção de comportamentos



antissociais e agressivos mais graves no futuro (Gardner et al., 2007; Hutchings, et al., 2007; Webster-Stratton & Reid, 2010) e para a promoção de trajetórias de vida mais adaptativas. Atualmente, existem já intervenções eficazes para crianças em idade pré-escolar (Eyberg et al., 2001; Sanders, Markie-Dadds, Tully, & Bor, 2000; Webster-Stratton, 2012), a maior parte delas com o objetivo claro de minorar os fatores de risco associados aos problemas e potenciar os fatores protetores e, deste modo, contribuir para uma trajetória desenvolvimental mais adaptativa. Na linha dos modelos interacionais da parentalidade, que enfatizam a influência de determinados elementos do ambiente da criança (e.g, práticas parentais; funcionamento familiar) no seu comportamento e desenvolvimento (Patterson & Sanson, 1999), o reconhecimento do papel dos pais na intervenção precoce é incontornável.

No entanto, no nosso país, parece existir ainda uma lacuna nas áreas da prevenção e promoção da saúde mental infantil e juvenil, bem como na aplicação de programas de prevenção e intervenção precoces baseados em evidências. Tendo em consideração os resultados positivos verificados na nossa investigação sobretudo ao nível da promoção de estratégias de parentalidade mais positiva nas mães e nos pais, consideramos que dele ressalta a utilidade deste programa poder ser aplicado em diferentes contextos (clínicos e comunitários), com pais e mães de crianças com comportamentos de oposição/desafio.

Um outro importante contributo relaciona-se com o despiste e identificação precoces de crianças que apresentam comportamentos de oposição/desafio. De facto, a identificação precoce destes problemas não é uma tarefa fácil para clínicos e educadores, na medida em que, tal como já referimos, muitas vezes os comportamentos desafiadores, agressivos e a desobediência em idade pré-escolar são considerados normativos, transitórios e desenvolvimentalmente adequados (Wakschlag et. al., 2007), o que leva a que os pais só procurem ajuda quando estes comportamentos já estão muito instalados e a relação pais-filhos deteriorada e/ou existe impacto negativo em contexto escolar/jardim-de-infância. Os resultados deste estudo revelam que a intervenção teve um impacto positivo nos comportamentos identificados precocemente, o que reforça a importância de se intervir precocemente e de se estar alerta para os indicadores precoces de ODD. Neste ponto, consideramos que o despiste e avaliação de possíveis indicadores de oposição/desafio deve contemplar uma abordagem compreensiva, multidimensional e com recurso a vários métodos e informadores. Para além dos pais, médicos, enfermeiros e educadores de infância/professores têm também um papel privilegiado no despiste precoce de potenciais situações de risco (Egger, Kondo, & Angold, 2006) e este processo deve contemplar variáveis familiares e contextuais (Cunningham, 2007), e ser realizado de acordo com uma perspetiva

desenvolvimental, relacional e multidisciplinar (Bussing, Lehming, & Eyberg, 2006) (tal como o modelo de avaliação do presente estudo).

Na mesma linha destacamos também as recomendações da Associação Americana de Pediatria (AAP, 2011) que tem vindo a chamar a atenção para a necessidade dos órgãos governamentais adotarem políticas de promoção da saúde mental infantil, através da constituição de equipas de especialistas em saúde mental infantil e da promoção de ações que possibilitem aos profissionais de saúde que trabalham com crianças identificarem precocemente os sinais indicadores de possível perturbação mental.

Embora a experiência de recrutamento dos pais para o projecto alargado no qual o presente estudo se inseriu, tenha sido bem-sucedida (cerca de 68% das famílias convidadas a integrar os grupos de pais aceitaram), a literatura salienta o recrutamento dos pais como um dos maiores desafios, revelando alguns estudos que apenas 30% dos pais convidados a participar nestes programas aceitam fazê-lo (Bunting & McAuley, 2004). Refletindo acerca dos nossos resultados positivos no envolvimento das famílias no programa de intervenção, sublinhamos o estabelecimento, desde o primeiro momento, de uma relação pessoal, próxima e de confiança com as famílias e o ter-lhes sido dada informação adequada e clara sobre os objetivos do programa e sobre os benefícios que têm sido demonstrados nos estudos, para a criança e para os pais. Também o facto de termos divulgado o programa junto da comunidade médica e educativa e termos telefonado e enviado mensagens para recordar os pais da data do nosso primeiro encontro (Moran, Ghate, & Van der Merwe, 2004) foram fatores que contribuíram para que a taxa de sucesso no recrutamento tenha sido elevada. Consideramos ainda relevante destacar a importância de os grupos serem implementados em local de fácil acesso para os pais, em horário pós-laboral e de ser oferecido serviço de *babysitting*. De facto, na implementação de intervenções parentais em grupo, os facilitadores devem tentar eliminar todas as barreiras à adesão dos pais à intervenção (Koerting et al., 2013), tal como procurámos fazer ao longo do nosso projeto.

Ao longo do programa, e para garantir a maior adesão possível por parte dos pais, o seu envolvimento deve ser cuidadosamente monitorizado, quer através dos telefonemas semanais do facilitador, quer da disponibilização de tempo para rever as sessões com os pais que falharam e/ou envio de materiais.

No decurso do nosso estudo foram também feitos diversos esforços para envolver ambos os pais na intervenção. Embora esta não seja uma tarefa fácil, algumas estratégias podem torná-la mais profícua junto da figura paterna, designadamente: (i) incorporar nos programas estratégias ativas de transmissão de conhecimentos, uma vez que a literatura revela que estas vão

mais encontro da preferência dos pais-homens; (ii) ter líderes/facilitadores do sexo masculino (Fabiano, 2007); (iii) focalizarmo-nos nas competências do pai, nos seus pontos fortes e em como estes podem contribuir para o bem-estar da família (McAlister et al., 2004); (iv) enfatizar o importante contributo que a presença do pai no grupo pode trazer para o desenvolvimento da criança (Foote et al., 1998); (v) procurar oportunidades para nos relacionarmos com os pais-homens de uma forma mais informal e assim conhecermos um pouco mais das suas histórias e experiências (Marsiglio, 2004).

Tal como já referimos anteriormente, um tópico muito importante nos programas de intervenção parental é o da fidelidade na sua implementação, já que é difícil assegurarmo-nos que o programa está a ser aplicado da mesma maneira nos diferentes contextos e culturas e por um número grande de técnicos. No caso específico dos AI, a frequência de uma formação específica para serem líderes de grupos de pais é necessária e os facilitadores devem preparar-se para as sessões com antecedência e seguir o manual do protocolo de intervenção. Para além disso, devem procurar ser supervisionados, para assim poderem reflectir sobre o processo de aplicação do programa e a adequarem-no às características individuais e necessidades específicas de cada família (Eames et al., 2009).

Ao longo do nosso estudo, houve uma grande preocupação com a qualidade da implementação e com o cumprimento rigoroso dos pressupostos de integridade e fidelidade do programa, esforços estes que com certeza tiveram impacto nos resultados positivos alcançados e na adesão dos participantes ao programa.

Adicionalmente, a identificação de programas universais de qualidade com uma eficácia promissora é crucial (Linares et al., 2005), assim como orientar os diferentes serviços e instituições para que façam escolhas informadas sobre a adoção, implementação e avaliação dos programas. O estabelecimento de uma agenda própria, sólida e consistente, de carácter científico deverá ser uma prioridade para evitar a falta de continuidade e sustentabilidade das ações (Matos et al., 2012).

Para que este cenário seja uma realidade no nosso país é necessário criar uma entidade, ou delegar numa já existente, a missão de regular, com isenção, o setor. Nesse sentido, um contributo importante seria a construção de um guia que servisse como um recurso valioso para as equipas técnicas, que aspirem a implementar programas de prevenção e intervenção precoce nos problemas de comportamento, baseados em evidência científica.

Finalmente, e tendo em conta que muitas vezes as famílias de crianças com comportamentos de oposição/desafio se encontram socialmente mais isoladas, um dos objetivos da intervenção parental é também fomentar a criação e o fortalecimento de relações interpessoais (Ennis & Samson, 2002). Tal como já referimos, ao longo das 14 sessões são utilizadas diferentes estratégias para alcançar este objetivo (e.g. telefonemas entre os pais). Da mesma forma, e uma vez que na vida destas famílias vão surgindo sempre novos desafios, após o termo da intervenção parental, os facilitadores devem assegurar formas de manter o suporte aos pais (e.g., através de sessões de seguimento, telefonemas, encontros entre os pais em ambientes informais, blog, facebook), de monitorizar os ganhos e reforçar as “ferramentas” do programa ao longo do tempo (Lee et al., 2012).

A convivência diária com uma criança com comportamentos de oposição/desafio não é uma tarefa fácil para a maior parte das famílias. Para além dos níveis mais elevados de stresse reportados na literatura (Dodge, Petit, Bates, 1994; Webster-Stratton, 1990), de maiores dificuldades conjugais (Sedlar & Hansen, 2001; Webster-Stratton, 1989) e dos sentimentos de isolamento e falta de suporte social (Webster-Stratton, 1985; Webster-Stratton, 2012), estes pais sentem-se muitas vezes julgados e culpabilizados pelos comportamentos difíceis dos filhos. Por vezes, este julgamento e falta de suporte acontece também por parte dos profissionais de saúde que, ou consideram que os pais estão a “educar mal os filhos” ou lhes transmitem a mensagem que “com o tempo, o comportamento acabará por melhorar”.

Estes sentimentos reportados por muitos pais de crianças com problemas de oposição/desafio levaram a que Webster-Stratton (2012) considere a experiência da parentalidade com uma criança com problemas de comportamento como um processo de “desesperança aprendida” (*learned helplessness*), no qual os pais se sentem isolados e pouco compreendidos pelos outros e com medo que os problemas do filho não venham nunca a melhorar.

Tendo em conta a prevalência mundial da Perturbação de Oposição/Desafio em idade pré-escolar (Egger & Angold, 2006; Frick & Silverthorn, 2001) e sabendo que as crianças com problemas de comportamento de início precoce apresentam um risco acrescido de desenvolver problemas sociais e emocionais, para além de problemas de absentismo, abandono e insucesso escolar e delinquência (Webster-Stratton, Reid, & Stoolmiller, 2008) e de, no futuro, como adultos, viverem em situação de fragilidade social e emocional, a prevenção/tratamento precoce destes problemas contribui de forma importante para a redução destas trajetórias mal adaptativas e do enorme custo pessoal, familiar, comunitário e social que têm associado.

Assim, e sabendo que atualmente existem intervenções disponíveis e eficazes, empiricamente validadas e já testadas na nossa população (e.g. Azevedo, Seabra-Santos, Gaspar, & Homem, 2013; Azevedo et al., 2013b), é urgente que as políticas nacionais invistam na prevenção e intervenção precoces nesta área, incluindo nos planos anuais de saúde e educação intervenções efetivas e testadas com amostras portuguesas, que permitam a cada vez mais famílias terem acesso a intervenções eficazes e de qualidade (Rodrigo et al., 2012).

Concluindo, consideramos que o nosso trabalho oferece evidência preliminar para a eficácia a curto e médio-prazos do programa AI Básico com famílias com crianças pré-escolares com comportamentos de oposição/desafio e esperamos que possa ser mais um contributo para a investigação nesta área e uma ferramenta importante para os profissionais, ajudando-os assim a contribuir para o fortalecimento das relações pais-filhos e para a prevenção de trajetórias de vida desviantes.

## Referências Bibliográficas

Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M., & Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório [Assessment of parental education interventions: Report]*. Retirado de [http://www.cnpcjr.pt/preview\\_documentos.asp?r=3493&m=PDF](http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF)

Akobeng, A. (2005). Understanding randomized controlled trials. *Archives of Disease in Childhood, 90*, 840-844. doi: 10.1136/adc.2004.058222

Almeida, A., Abreu-Lima, I., Cruz, O., Gaspar, M.F., Brandao, T., Alarcao, M.,... Machado, J. (2012). Parent education interventions: Results from a national study in Portugal. *European Journal of Development Psychology, 19*, 135-149. doi: 10.1080/17405629.2011.647865

Achenbach, T., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin, 101*, 213-232. doi: 10.1037/0033-2909.101.2.213

American Academy of Pediatrics (AAP, 2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics, 128*, 1-16. doi: 10.1542/peds.2011-2654

American Psychological Association (APA, 2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington, DC: American Psychological Association.

Azevedo, A., Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., & Homem, T. (2013a). The Incredible Years Basic Parent Training for Portuguese preschoolers with AD/HD behaviors: Does it make a difference? *Child and Youth Care Forum*. doi: 10.1007/s10566-013-9207-0

Azevedo, A., Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., & Homem, T. (2013b). A parent-based intervention program involving preschoolers with AD/HD behaviors: Are children's and mothers' effects sustained over time? *European Child and Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-013-0470-2

Axberg, U., & Broberg, A. G. (2012). Evaluation of "The Incredible Years" in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*, 224-232. doi: 10.1111/j.1467-9450.2012.00955.x

Bagner, D., & Eyberg, S. (2003). Father involvement in parent training: When does it matter? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*, 599-605. doi: 10.1207/S15374424JCCP3204\_13

Baker, B. & Heller, T. (1996). Preschool children with externalizing behaviors: Experience of fathers and mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 513-32. doi: 10.1007/BF01441572

Beauchaine, T., Hinshaw, S., & Pang, K. (2010). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*, 327-336. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01224.x

Belsky, J., Youngblade, L., & Pensky, E. (1989). Childrearing history, marital quality, and maternal affect: Intergenerational transmission in a low-risk sample. *Development and Psychopathology, 1*, 291-304. doi:10.1017/S0954579400000481

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

Bronfenbrenner, U. (1986). The ecology of the family as a context for human development. *Developmental Psychology, 22*, 723-742. doi: 10.1037/0012-1649.22.6.723

Budd, K., & O'Brien, T. (1982). Father involvement in behavioral parent training: An area in need of research. *The Behavior Therapist, 5*, 85-89.

Buehler, C. & Gerard, J. (2002), Marital Conflict, Ineffective Parenting, and Children's and Adolescents' Maladjustment. *Journal of Marriage and Family, 64*, 78-92. doi: 10.1111/j.1741-3737.2002.00078.x

Bunting, L., & McAuley, C. (2004). Teenage pregnancy and parenthood: The role of Fathers. *Child and Family Social Work, 9*, 295-303. doi: 10.1111/j.1365-2206.2004.00335.x

Bussing, R., Lehninger, F., & Eyberg, S. (2006). Difficult child temperament and attentiondeficit/hyperactivity disorder in preschool children. *Infants & Young Children, 19*, 123-131. Retirado de <http://journals.lww.com/iycjournal/Abstract/2006>

Bywater, T., Hutchings, J., Daley, D., Whitaker, C., Yeo, S., Jones, K., ... Edwards, R.T. (2009). Long-term effectiveness of a parenting intervention in Sure Start services in Wales for children at risk of developing conduct disorder. *British Journal of Psychiatry, 195*, 318-324. doi:10.1192/bjp.bp.108.056531

Campbell, S. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*, 113-149. doi: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657.x

Campbell, S., Shaw, D., & Gilliom, M. (2000). Externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology, 12*, 467-488. doi: 10.1017/S0954579400003114

Clark-Carter, D., & Marks, D. F. (2004). Analysis of questionnaire and survey data. In D. F. Marks, & L. Yardley(Eds.), *Research methods of clinical and health psychology* (pp. 145-165). London: SAGE Publications.

Coren E., Barlow J., & Stewart-Brown, S. (2003). The effectiveness of individual and group based parenting programmes in improving outcomes for teenage mothers and their children: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 26, 79 – 103. doi: 10.1016/S0140-1971(02)00119-7

Crane, J., Mincic, M., & Winsler, A. (2011). Assessing socio-emotional protective factors among ethnically diverse preschoolers in poverty: Parent-teacher agreement on the Devereux Early Childhood Assessment (DECA). *Early Education and Development*, 22, 520-547. doi: 10.1080/10409289.2011.565722

Crick, N., & Dodge, K. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101. doi: 10.1037/0033-2909.115.1.74

Council of Europe (2006). *Recommendation Rec (2006) 19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting* (Adopted by the Committee of Ministers on 13 December 2006 at the 983rd meeting of the Ministers' Deputies). Retirado de <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1073507>

Daley, D., Jones, K., Hutchings, J., & Thompson, M. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children: Current findings, recommended interventions and future directions. *Child: Care Health and Development*, 35, 754-766. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00938

De Los Reyes, A., & Kazdin, A. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131, 483-509. doi:10.1037/0033-2909.131.4.483

Dodge, K., Price, J., Bachorowski, J., & Newman, J. (1990). Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 385-392. doi: 10.1037/0021-843X.99.4.385

Eames, C., Daley, D., Hutchings, J., Whitaker, C., Jones, K., Hughes, J., & Bywater, T. (2009). Treatment fidelity as a predictor of behavior change in parents attending group-based parent training. *Child: Care, Health and Development*, 35, 603-612. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00975.x

Edwards, R., Ceilleachair, A., Bywater, T., Hughes, D., & Hutchings, J. (2007). Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: Cost effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 334, 682-688. doi: 10.1136/bmj.39126.699421.55



Egger, H., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioural disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 313-337. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01618

Egger, H. L., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infant & Young Children*, *19*, 109-122.

Eyberg, S., Funderburk, B., Hembree-Kigin, T., McNeil, C., Querido, J., & Hood, K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, *23*, 1-20. doi: 10.1300/J019v23n04\_01

Fabiano, G. (2007). Father participation in behavioral parent training for ADHD: Review and recommendations for increasing inclusion and engagement. *Journal of Family Psychology*, *21*, 683-693. doi: 10.1037/0893-3200.21.4.683

Fabiano, G., Pelham, W., Cunningham, C., Yu, J., Gangloff, B., Buck, M., ... Gera, S. (2012). A waitlist-controlled trial of behavioral parent training for fathers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *41*, 337 - 345. doi: 10.1080/15374416.2012.654464

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (and sex and drugs and rock'n'roll)* (3rd ed.). London: Sage.

Firestone, P., Kelly, M. & Fike, S. (1980). Are fathers necessary in parent training groups? *Journal of Clinical Child Psychology*, *9*, 44-47. doi: 10.1080/15374418009532943

Foster, M., Olchowski, A. E., & Webster-Stratton, C. (2007). Is stacking intervention components cost effective? An analysis of the Incredible Years Program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*, 1414-1424. doi: 10.1097/chi.0b013e3181514c8a

Frick, P., & Silverthorn, P. (2001). Psychopathology in children and adolescents. In H. Adams (Ed.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 879-919). New York: Plenum Press.

Frick, P., & Viding, E. (2009). Antisocial behaviour from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, *21*, 1111-1131. doi: 10.1017/S0954579409990071

Gardner, F. (2000). Methodological issues in the direct observation of parent-child interaction: Do observational findings reflect the natural behaviour of participants? *Clinical Child and Family Psychology Review* *3*, 5-98. doi: 10.1023/A:1009503409699

Gardner, F., Burton, J., & Klimes, I. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: Outcomes and

mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1123–1132. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01668.x

Gardner, F., Hutchings, J., Bywater, T., & Whitaker, C. (2010). Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcome in an effectiveness trial of a parenting intervention. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 1-13. doi:10.1080/15374416.2010.486315.

Gardner, F., Shaw, D., Dishion, T., Supplee, L., & Burton, J. (2007). Randomized prevention trial for early conduct problems: Effects on proactive parenting and links to toddler disruptive behavior. *Journal of Family Psychology*, 21, 398–406. doi: 10.1037/0893-3200.21.3.398

Gilmore, L., & Cuskelly, M. (2008). Factor structure of the Parenting Sense of Competence scale using a normative sample. *Child: Care, health and development*, 35, 48-55. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00867.x

Grietens, H., Onghena, P., Prinzie, P., Gadeyne, E., Van Assche, V., Ghesquière, P., & Hellinckx, W. (2004). Comparison of mothers', fathers', and teachers' reports on problem behavior in 5- to 6-year-old children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 137-146. doi:10.1023/B:JOBA.0000013661.14995.59

Gross, D., Fogg, L., Garvey, C., & Julion, W. (2004). Behavior problems in young children: An analysis of cross-informant agreements and disagreements. *Research in Nursing & Health*, 27, 413-425. doi:10.1002/nur.20040

Hautmann, C., Hanisch, C., Mayer, I., Pluck, J., & Dopfner, M. (2008). Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder-generalization to the real world. *Journal of Neural Transmission*, 115, 363-370. doi: 10.1007/s00702-007-0866-6

Herrera, M., & Little, E. (2005). Behaviour problems across home and kindergarten in an Australian sample. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 5, 77-90.

Hundert, J., Morrison, L., Mahoney, W., Mundy, F., & Vernon, M. (1997). Parent and teacher assessments of the developmental status of children with severe, mild/moderate, or no developmental disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 17, 419-434. doi: 10.1177/027112149701700404

Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., & Edwards, R. (2007). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: Pragmatic randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 334, 678-682. doi:10.1136/bmj.39126.620799.55

Hutchings, J., Bywater, T., Williams, M., Lane, E., & Whitaker, C. (2012). Improvements in maternal depression as a mediator of child behaviour change. *Psychology, 3*, 795–801. doi: 10.4236/psych.2012.329120

Hutchings, J., & Gardner, F. (2012). Support from the Start: Effective programmes for three to eight year-olds. *Journal of Children's Services, 7*, 29 – 40.

Hutchings, J., Gardner, F., & Lane, E. (2004). Making evidence based interventions work in clinical settings: Common and specific therapy factors and implementation fidelity. In C. Sutton, D. Utting & D. Farrington (Eds.), *Support from the Start: Working with young children and their families to reduce the risks of crime and antisocial behaviour (Research Report No. 524)*. London: Department of Education and Skills.

Johnston, C., & Mash, E. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology, 18*, 167-175. doi:10.1207/s15374424jccp1802\_8

Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2007). Efficacy of the Incredible Years Basic parent training program as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: Care, Health and Development, 33*, 749–756. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00747.x

Kamphaus, R., & Frick, P. (2002). *Clinical assessment of children's personality and behavior*. (2nd edition). New York: Allyn & Bacon. Reprinted (2005) by New York: Springer.

Katz, L. F., & Gottman, J. M. (1994). Marital conflict styles and children's emotions. In R. Parke & S. Kellam (Eds.), *Exploring family relationships with other social contexts* (pp. 49-74). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Press.

Katz, L. & Woodin, E. (2002). Hostility, Hostile Detachment, and Conflict Engagement in Marriages: Effects on Child and Family Functioning. *Child Development, 73*, 636–652. doi: 10.1111/1467-8624.00428

Keogh, B., & Bernheimer, L. (1998). Concordance between mothers' and teachers' perceptions of behavior problems of children with developmental delays. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 6*, 33-41. doi: 10.1177/106342669800600103

Klyce, D. (2012). *Source agreement among raters of preschool-age child behavior: The role of implicit norming*. Dissertação de Doutorado. Retirado de <http://search.proquest.com/docview/1220880882>

Koerting, J., Smith, E., Knowles, M. M., Latter, S., Elsey, H., McCann, D., ... Sonuga-Barke, E. J. (2013). Barriers to, and facilitators of, parenting programmes for childhood behaviour problems: a qualitative synthesis of studies of parents' and professionals' perceptions. *European Child and Adolescent Psychiatry, 22*, 653-670. doi: 10.1007/s00787-013-0401-2

Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M., Handegard, B., & Morch, W. (2008). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry, 18*, 42-52. doi: 10.1007/s00787-008-0702-z

Lee, P., Niew, W., Yang, H., Chen, V., & Lin, K. (2012). A meta-analysis of behavioural parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities, 33*, 2040-2049. doi: 10.1016/j.ridd.2012.05.011

Linville, D., Chronister, K., Dishion, T., Todahl, J., Miller, J., Shaw, D., Gardner, F. and Wilson, M. (2010). A longitudinal analysis of parenting practices, couple satisfaction, and child behavior problems. *Journal of Marital and Family Therapy, 36*, 244-255. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00168.x

Lopes, J., Machado, M., Pinto, A., Quintas, M., & Vaz, M. (1994). Avaliação de distúrbios de comportamento em crianças de idade pré-escolar. In L. S. Almeida & I. S. Ribeiro (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, (pp. 209-226). Braga: APPORT.

Lundahl, B., Tollefson, D., Risser H., Lovejoy, C. (2008). A meta-analysis of father involvement in parent training. *Research on Social Work Practice, 18*, 97- 106. doi: 10.1177/1049731507309828

Major, S. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese não publicada), Universidade de Coimbra, Coimbra. Retirado de [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese\\_Sofia%20Major.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese_Sofia%20Major.pdf)

Manby, M. (2005). Evaluation of the impact of the Webster-Stratton parent-child videotape series on participants in a Midlands town in 2001-2002. *Children & Society, 19*, 316-328. doi: 10.1002/chi.862

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., ... Equipa Aventura Social (2012). *A saúde dos adolescentes Portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais e Faculdade de Motricidade Humana.

McBride, B.A. (1991). Parent education and support programs for fathers: outcome effects on paternal involvement. *Early Child Development and Care, 67*, 73-85. doi: 10.1080/0300443910670107

McBride, B.A., & Rane, T. (2001). Father/male involvement in early childhood programs: training staff to work with men. In J. Fagan & A.J. Hawkins (eds) *Clinical and Educational Interventions with Fathers*. New York: Haworth.

McGilloway, S., Mhaille, G., Bywater, T., Furlong, M., Leckey, Y., Kelly, P., Comiskey, C., & Donnelly, M. (2012). A parenting intervention for childhood behavioral problems: A randomized

controlled trial in disadvantaged community-based settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 1161-127. doi: 10.1037/a0026304

McMahon, R. (2006). Parent training interventions for preschool-age children. In R. Tremblay, R. Barr & R. Peters (Eds.), *Encyclopedia on early childhood development* (May 2006 ed.). Retirado de <http://www.excellenceearlychildhood.com/documents/McMahonRJANGxp.pdf>

Menting, A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 33*, 901-913. doi : 10.1016/j.cpr.2013.07.006

Merrell, K. W. (2008). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents* (3rd ed.). New York: Erlbaum.

Minde, K. (1994). Aggression in preschoolers: Its relation to socialization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31*, pp. 853-862. doi: 10.1097/00004583-199209000-00012

Mitsis, M., McKay, K., Schulz, K., Newcorn, J., & Halperin, J. (2000). Parent-teacher concordance for DSM-IV Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in a clinic-referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 308-313. doi: 10.1097/00004583-200003000-00012

Moran, P., Ghate, D., & Van der Merwe, A. (2004). *What works in parenting support: A review of the international evidence. Policy Research Bureau, Research report*. Retirado de <http://dera.ioe.ac.uk/5024/1/RR574.pdf>

Moreira, H., Amaral, A., & Canavarro, M. C. (2009). Adaptação do Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale (PAIR) para a população Portuguesa: Estudo das suas características psicométricas [Adaptation of the Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale (PAIR) for Portuguese population: Study of its psychometric characteristics]. *Psychologica, 50*, 353-373.

Ohan, J. Leung, D., & Johnston, C. (2000). The Parenting Sense of Competence scale: Evidence of a stable factor structure and validity. *Canadian Journal of Behavioral Science, 32*, 251-261. doi: 10.1037/h0087122

O'Neill, D., McGiloway, S., Donnelly, M., Bywater, T., & Kelly, P. (2013). A cost-effectiveness analysis of the Incredible Years parenting programme in reducing childhood health inequalities. *The European Journal of Health Economics, 14*, 85-94. doi: 10.1007/s10198-011-0342-y

Phares, V., & Compas, B. (1992). The role of fathers in child and adolescent psychopathology: Make room for daddy. *Psychological Bulletin, 111*, 387-412. doi:10.1037/0033-2909.111.3.387

Patterson, G. (2002). The early development of coercive family process. In J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 25-44). Washington, DC: American Psychological Association.

Patterson, G., DeGarmo, D., & Forgatch, M. (2004). Systematic changes in families following prevention trials. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 621–633. doi: 10.1037/a0016732

Patterson, G., & Sanson, A. (1999). The association of behavioural adjustment to temperament, parenting and family characteristics among five-year-old children. *Social Development*, 8, 293–309. doi: 10.1111/1467-9507.00097

Perrin, E., Sheldrick, R. McMenemy, J., Henson, B., & Carter, A. (2013). Improving parenting skills for families of young children in pediatric settings: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 4 doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2919

Prager, K. J. (1995). *The psychology of intimacy*. Nova Iorque: The Guilford Press.

Prager, K., & Roberts, L. (2004). Intimacy as an interpersonal process: Current status and future directions. In D. J. Mashek, & A. Aron (Coords.), *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 43-60). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Posthumus, J., Raaijmakers, M., Maassen, G., van Engeland, H., & Matthys, M. (2012). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 487–500. doi: 10.1007/s10802-011-9580-9

Raaijmakers, M. A. (2008). *Aggressive behavior in preschool children: Neuropsychological correlates, costs of service use, and preventive efforts*. Dissertação de Doutorado. Retirado de <http://igiturarchive.library.uu.nl/dissertations/2008-1016201216/UUindex.html>

Reid, J, Patterson, G., & Snyder, J. (2002). Preventing efforts during the elementary school years: The linking the interests of families and teachers projects. In J. Reid, G. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antissocial behavior in children and adolescents: a developmental analysis and model of intervention* (pp. 219-233). Washington: American Psychological Association.

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

Renk, K., Roberts, R., Roddenberry, A., Luick, M., Hillhouse, S., Meehan, C., Phares, V. (2003). Mothers, fathers, gender role, and time parents spend with their children. *Sex Roles*, 48, 305–315. doi:10.1023/A:1022934412910

Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Bilenberg, N., Bjarnadottir, G., Denner, S., ...Verhulst, F. C. (2012). Behavioral/emotional problems of preschoolers: Caregiver/teacher

reports from 15 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20, 1-14. doi: 10.1177/1063426611434158

Reyno, S., & McGrath, P. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems – a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 99–111. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x

Rodrigo, M. (2010). Promoting positive parenting in Europe: New challenges for the European society for developmental psychology. *European Journal of Development Psychology*, 7, 281-294. doi:10.1080/17405621003780200

Rodrigo, M., Almeida, A., Spiel, C., & Koops, W. (2012). Introduction: Evidence-based parent education programmes to promote positive parenting. *European Journal of Developmental Psychology*, 9, 2-10. doi:10.1080/17405629.2011.631282

Rohrbaugh, M., Shoham, V., & Coyne, J. (2006). Effect of marital quality on eight-year survival of patients with heart failure. *American Journal of Cardiology*, 98, 1609-1072. doi: 10.1016/j.amjcard.2006.05.034

Sanders, M., Markie-Dadds, C., Tully, L., Bor, W. (2000). The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 624–640. doi: 10.1037/0022-006X.68.4.624

Seabra-Santos, M. J. & Gaspar, M. F. (2012). Pais, educadores e testes: Estão de acordo na avaliação de aptidões de crianças pré-escolares? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25, 203-211

Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T. C., Leitão, S., Pimentel, M., & Major, S. (2013). *Protocolo de avaliação no âmbito do Projeto “Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: Eficácia de programas parentais e escolares (PTDC/PSI-PED/102556/2008)” -Versão de Investigação. [Protocol of measures for the evaluation of the “Early prevention/intervention in disruptive behavior disorders: Efficacy of parents and teachers programs’ Project–Research version]*. Retirado de <http://fpce.uc.pt/anosincriveis/protocolo.doc>

Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A., Homem, T. C., & Pimentel, M. (2011). “Incredible Years” Parent Training Program in ADHD: Parents attendance and satisfaction. *ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 3, 168-169.

Sedlar, G., & Hansen, D. (2001). Anger, child behavior and family distress: Further evaluation of the Parental Anger Inventory. *Journal of Family Violence*, 16, 361-373. doi: 10.1023/A:1012220809344

Shapiro, C., Prinz, R., & Sanders, M. (2011). Facilitators and barriers to implementation of an evidence-based parenting intervention to prevent child maltreatment: the Triple P-Positive Parenting Program. *Child Maltreatment*, 11, 86-95. doi:10.1177/1077559511424774

Shastri, P. (2009). Promotion and prevention in child mental health. *Indian Journal of Psychiatry* 51, 89-95.

Schulz, K., Douglas, & G. David, M. for the CONSORT Group (2010). CONSORT 2010 Statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *British Medical Journal*, 340, 698-702. doi:10.1136/bmj.c332

Smith, K., Landry, S., & Swank, P. (2000). The Influence of Early Patterns of Positive Parenting on Children's Preschool Outcomes. *Early Education and Developmental*, 11, 147-169. doi:10.1207/s15566935eed1102\_2

Strickland, J., Hopkins, J., & Keenan, K. (2012). Mother-teacher agreement on preschoolers' symptoms of ODD and CD: Does context matter? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 933-943. doi: 10.1007/s10802-012-9622-y

Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Pearson.

Tiano, J., & McNeil, C. (2005). The inclusion of fathers in behavioral parent training: A critical evaluation. *Child & Family Behavior Therapy*, 27, 1-28. doi: 10.1300/J019v27n04\_01

Touliatos, J., & Lindholm, B. (1981). Congruence of parents' and teachers' ratings of children's behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 9, 347-354. doi:10.1007/BF00916839

Wakschlag, L., Briggs-Goawan, M., Carter, A., Hill, C., Danis, B., Keenan, K., ... Leventhal, B. (2007). A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 976-987. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.0178

Webster-Stratton, C. (1985). The effects of father involvement in parent training for conduct problem children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 801-810. doi: 10.1111/j.1469-7610.1985.tb00593.x

Webster-Stratton, C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 479-492. Retirado de [http://67.199.123.90/library/items/enhancing-the-effectiveness-videotraining\\_1990.pdf](http://67.199.123.90/library/items/enhancing-the-effectiveness-videotraining_1990.pdf)

Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715-730.

Webster-Stratton, C. (2011). *The Incredible Years parents, teachers, and children training series: Program content, methods, research and dissemination, 1980-2011*. Seattle: The Incredible Years

Webster-Stratton, C. (2012). *Collaborating with parents to reduce children's behaviour problems: A book for therapists using the Incredible Years Programs*. Seattle, Incredible Years Inc.



Webster-Stratton, C., Gaspar, M., & Seabra-Santos, M. (2012b). Incredible Years R 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*, 157-169. doi:10.5093/in2012a15

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 93-109. doi: 10.1037/0022-006X.65.1.93

Webster-Stratton, C., & Reid, M. (2010). The Incredible Years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In J. Weisz & A. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 194–210). New York: Guilford Publications.

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

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T. (2012a). One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 42*, 251-261. doi: 10.1080/15374416.2012.7232

Wilczak, G., & Markstrom, C. (1999). The effects of parent education on parental locus of control and satisfaction of incarcerated fathers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 43*, 90-102

Winsler, A., & Wallace, G. L. (2002). Behavior problems and social skills in preschool children: Parent-teacher agreement and relations with classroom observations. *Early Education & Development, 13*, 41-58. doi:10.1207/s15566935eed1301\_3

**ANEXOS**



**Anexo A**

**Questionário de Avaliação Semanal para Pais**

**AVALIAÇÃO SEMANAL DA SESSÃO PELOS PAIS**

Programa Anos Incríveis - Básico

Nome:

Sessão:

Data:

Para mim o conteúdo desta sessão foi:

de grande ajuda      de alguma ajuda      de pouca ajuda      de nenhuma ajuda

Para mim os exemplos mostrados nas cenas do DVD foram:

de grande ajuda      de alguma ajuda      de pouca ajuda      de nenhuma ajuda

Para mim as dramatizações (role-play) foram:

de grande ajuda      de alguma ajuda      de pouca ajuda      de nenhuma ajuda

Para mim as orientações e opiniões dos dinamizadores do grupo foram:

de grande ajuda      de alguma ajuda      de pouca ajuda      de nenhuma ajuda

Para mim a discussão no grupo foi:

de grande ajuda      de alguma ajuda      de pouca ajuda      de nenhuma ajuda

**Anexo B**

**Exemplos de itens do Questionário de Avaliação Final do Programa para Pais**

## Questionário de avaliação da satisfação dos pais (Programa Incredible Years)

Este questionário faz parte da avaliação do Programa em que participou. É importante que responda o mais honestamente possível. A informação obtida vai ajudar-nos a avaliar e a melhorar continuamente o Programa oferecido. A sua colaboração é extremamente útil. Todas as respostas são inteiramente confidenciais.

### A. PROGRAMA

Por favor assinale, com um X, a opção que expressa aquilo que honestamente sente:

1. Os maiores problemas do meu filho/da minha filha que me levaram a frequentar este Programa neste momento estão:

Bastante piores  Piores  Um pouco piores  Iguais  Um pouco melhores  Melhores   
Bastante melhores

### B. METODOLOGIAS DO PROGRAMA

#### DIFICULDADE

Nesta parte do questionário queríamos pedir-lhe a sua opinião sobre a dificuldade que cada uma das metodologias utilizadas no Programa apresentou para si. Por favor, assinale com um X a opção que mais claramente descreve a sua opinião:

1. Explicações e informações fornecidas pelos dinamizadores (por ex. quando o dinamizador explicou os Elogios ou o Tempo de Pausa)

Extremamente difícil  Difícil  Algo difícil  Neutra  Fácil  Muito fácil  Extremamente fácil

### C. TÉCNICAS ESPECÍFICAS ENSINADAS

#### UTILIDADE

Nesta parte do questionário queríamos agora saber o qual a utilidade que tem para si cada uma das técnicas ensinadas. Por favor, assinale com um X a opção que mais claramente descreve a sua dificuldade.

1. Brincar

Totalmente inútil  Inútil  Algo inútil  Indiferente  Alguma utilidade  Útil  Bastante útil

### D. AVALIAÇÃO DOS DINAMIZADORES

Pedimos-lhe agora que nos dê a sua opinião sobre cada um dos dinamizadores do Programa:

Nome do dinamizador:

1. Senti que o ensino desenvolvido pelo dinamizador foi:

Muito fraco  Fraco  Abaixo da média  Na média  Um pouco acima da média  Bom

Muito Bom

**E. GRUPO DE PAIS**

1. Quanto ao apoio recebido pelo grupo sinto-me:

Totalmente insatisfeito  Insatisfeito  Um pouco insatisfeito  Neutro  Um pouco satisfeito  Satisfeito  Totalmente satisfeito

**F. A SUA OPINIÃO, POR FAVOR**

1. Qual a parte do Programa foi mais útil para si?



**Anexo C**

**Exemplos de itens do Questionário de Autoavaliação para o Facilitador**

**GRUPO DE PAIS – ANOS INCRÍVEIS**  
**Autoavaliação do facilitador e avaliação pelo cofacilitador**  
**Carolyn Webster-Stratton, 2001**  
**(Tradução: M. Gaspar & M. Seabra-Santos)**

Nome do facilitador: \_\_\_\_\_

Por favor comente as sessões de grupo de pais baseando-se nos seguintes critérios:

<b>1. Capacidades do facilitador de estabelecimento/dinamização do grupo</b>	<b>Comentários</b>
Estabelece relação com cada membro do grupo	
Encoraja todos os membros a participar	
Formula questões abertas para facilitar o debate	
Reforça as ideias dos pais e encoraja a Autoaprendizagem	

***LEADER COLLABORATIVE PROCESS CHECKLIST***

*The Incredible Years Parents and Children Series.*

*Self-Study Guide and Videotapes for Learning Parent Group Leadership Skills*

Carolyn Webster-Stratton, 2001

(Tradução: Maria Filomena Gaspar, 2005)

Esta grelha de avaliação tem como objetivo ser preenchida, em conjunto, pelos técnicos dinamizadores dos grupos de pais, a seguir a cada uma das sessões ou, também, na supervisão de uma filmagem de uma sessão. Permite identificar alvos específicos de mudança positiva que permitam aumentar a sua eficácia. Complementa a grelha de autoavaliação de cada sessão, a qual inclui o conteúdo a ser desenvolvido nessa sessão.

Autoavaliação (nome)

Avaliação pelo cofacilitador (nome)

Avaliação pelo supervisor (nome)

Data:

Respostas: S (sim) N (não) N/A (sem informação)

**SET UP (CONTEXTO)**

Os dinamizadores:

1. Colocaram as cadeiras em semi-círculo permitindo que todos vissem bem o ecrã da TV?
2. Sentaram-se em locais separados no círculo em vez de se colocarem os dois à frente do grupo?
3. Escreveram o sumário da sessão no quadro?
4. Tinham as atividades de casa da última semana prontas para darem aos pais e com reconhecimento e encorajamento escritos nelas?

**Anexo D**

**Exemplo de um Inventário de Objetivos da Sessão para o Facilitador**

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DO FACILITADOR

Sessão Dez (10/14)

Sessão Dez:

Reduzir os Comportamentos Inapropriados do seu Filho/a

“Ignorar”

Cenas: Lidar com o Mau Comportamento – Parte 1: 5-9 (Ignorar), 13-14

CENAS TRABALHADAS: Estabelecimento de Limites - Parte 2

Lidar com o Mau Comportamento – Parte 1: 5 6 7 8 9 (10 12) 13 14

As cenas entre parênteses são opcionais. Trabalhe-as se tiver tempo.

(Faça um círculo em volta das cenas que trabalhou).

FIZ:	SIM	NÃO
1. Escrevi o sumário	—	—
2. Revisão das atividades de casa; solicitei reações e experiências (face ao registo de ordens e elogio)	—	—
3. Perguntei sobre as leituras	—	—
4. Revisão (breve) dos conceitos da última sessão	—	—
5. Revisão do uso das ordens pelos pais	—	—
6. Listei os comportamentos que podem ser ignorados (escrevi no quadro enquanto atividade do grupo)	—	—
7. Dramatização do ignorar	—	—
8. Perguntei sobre os telefonemas	—	—
9. Revisão das atividades de casa para a semana	—	—

Folhetos a fotocopiar:

Atividades de Casa para a Semana

Notas de frigorífico sobre Ignorar

Armadilhas comuns - Reforço do comportamento indesejado

Fotocopiar ainda:

Folha de Registo “Comportamentos que eu gostaria de ver menos vezes”

Folha de registo “Elogiar e Ignorar”

Autoavaliação

“Nata” da sessão – Anotar aspetos que é necessário prosseguir na próxima sessão

**Anexo E**

**Informação adicional relativa aos Instrumentos utilizados na investigação**

## **1. Dados Sociodemográficos e Ficha de Anamnese**

### **1.1. Questionário de Dados Sociodemográficos**

Este questionário, elaborado com base na Incredible Years Demographic Form (<http://incredibleyears.com/resources/gl/measure-and-forms>), inclui dados sociodemográficos tais como a idade dos progenitores, estado civil, habilitações literárias, estatuto socioeconómico ou elementos que constituem o agregado familiar. No presente estudo, o estatuto socioeconómico foi definido tendo por base uma classificação estandardizada desenvolvida para a população portuguesa, que tem em consideração três categorias: baixa (por exemplo, trabalhadores não diferenciados; indústria, transportes, trabalhadores agrícolas); média (por exemplo, técnicos intermédios; administrativos); e alta (por exemplo, empresários, gestores, profissionais científicos e intelectuais). Com base nesta classificação, o NSE foi definido tendo em conta a categoria profissional mais alta e o nível educacional de ambos os pais (Almeida, 1998).

### **1.2. Ficha de Anamnese**

Documento desenvolvido com o objetivo de recolher informação acerca da história clínica e de desenvolvimento da criança. A informação é recolhida através de uma entrevista semiestruturada feita com os pais da criança, onde são explorados dados sobre o seu desenvolvimento psicomotor e emocional, fatores de risco durante a gravidez, questões de saúde da criança e de outros elementos da família, existência ou não de sinalização prévia de dificuldades comportamentais por parte do contexto educativo, entre outros aspetos considerados pertinentes para o desenvolvimento infantil. Permite também o estabelecimento da relação entre o entrevistador e os pais, possibilitando-lhes abordarem as principais preocupações que têm com os filhos antes de lhes ser pedido que preencham os questionários que constituem o protocolo de avaliação.

## **2. Avaliação dos comportamentos da criança através de outros informadores (pais, educadores): Questionários e Entrevistas**

**2.1. Questionário de Capacidades e Dificuldades, Versão para pais 3/4 e versão para Professores 3/4** ([SDQ] Strengths and Difficulties Questionnaire; Goodman, 2001; Versão Portuguesa de Fleitlich et al., 2005)

O Questionário de Capacidades e Dificuldades é um questionário de despiste comportamental, com 25 itens e um suplemento de impacto, aplicável a crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos. Pode ser aplicado a pais, educadores e professores. Existe ainda uma versão de autorrelato, a ser preenchida por jovens entre os 11 e os 16 anos.

Avalia a ocorrência de determinados comportamentos que têm sido associados aos problemas de comportamento, hiperatividade, sintomas emocionais e problemas na relação com os pares. A frequência dos comportamentos é assinalada numa escala de tipo Likert que varia entre “Não é verdade”, “É um pouco verdade” e “É muito verdade”. O resultado total (Escala Total de Dificuldades da Criança) obtém-se através do somatório de todos os itens com exceção dos que constituem a Escala Pró-Social (mínimo 0 e máximo 40). Os resultados de cada uma das subescalas (Sintomas Emocionais; Problemas de Comportamento; Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com os Outros) são obtidos pelo somatório dos valores dos 5 itens de cada uma delas, podendo ser interpretados como normais, limítrofes e anormais, tendo por base os valores standardizados (mínimo 0 e máximo 10, para casa subescala).

O Suplemento de Impacto é dirigido aos pais e professores/educadores e nele são colocadas questões acerca da cronicidade do problema; nível de stress por ele provocado, ajustamento social da criança; e sobrecarga que esse problema implica para as outras pessoas.

Este questionário tem sido utilizado em diversas investigações na área dos problemas de comportamento externalizante (e.g., Jones et al., 2007; Lakes et al., 2011) e demonstra boa consistência interna (alfa de Cronbach de .73) e boa fiabilidade teste-reteste (de  $r = .62$ ). Pontuações elevadas neste questionário parecem ser discriminativas de maior risco psiquiátrico (Goodman, 2001). Em Portugal, este questionário foi traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca, e Gaspar (2005) e tem sido utilizado em alguns estudos com amostras não clínicas e clínicas de idade pré-escolar (Santos, 2011; Silva, 2009; Silva, 2008), assim como em idade escolar (Marzocchi et al., 2004). Existem normas, não publicadas (Gaspar, submetido), para as versões pais e educadores/professores. Evidencia boas características psicométricas com coeficientes alfa de Cronbach a variarem entre .60 e .70 para o SDQ versão Pais e entre .65 e .85 para a versão Educadores/Professores (Abreu-Lima et al., 2010).

No nosso estudo utilizámos a versão para Pais 3/4 e a versão para Professores 3/4. A consistência interna para o SDQ versão educadores foi de .79 para a escala de Hiperatividade e .85 para a de Problemas de Comportamento. No questionário dos pais, a consistência interna foi de .64 para a escala de Hiperatividade e de .46 para a escala de Problemas de Comportamento.

## 2.2. Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar - 2 (ECIP-2) ([PKBS-2] Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition; Merrell, 2002; Versão Portuguesa de Major, 2011]

As Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar - 2 são a versão portuguesa das Preschool and Kindergarten Behavior Scales - 2nd Edition, um inventário do comportamento que pode ser utilizado com crianças dos 3 aos 6 anos de idade, focalizando-se em aptidões sociais e problemas de comportamento manifestados em casa e em contexto escolar. Podem ser



preenchidas por pais e educadores e apresentam-se em quatro páginas, sendo a primeira relativa à recolha de informação sociodemográfica e instruções de preenchimento, a segunda à escala de Aptidões Sociais e as duas últimas à escala de Problemas de Comportamento (Major, 2011).

São compostas por 80 itens divididos por duas escalas: Aptidões Sociais (34 itens) e Problemas de Comportamento (46 itens). A escala de Aptidões Sociais subdivide-se em três subescalas: Cooperação/Ajustamento Social (12 itens); Interação Social/Empatia (10 itens) e Independência Social/Assertividade (13 itens). Por sua vez, a escala de Problemas do Comportamento subdivide-se em duas subescalas: Problemas Exteriorizados e Interiorizados. A primeira inclui 29 itens que descrevem comportamentos disruptivos, fora de controlo ou excesso de atividade, distribuídos por três subescalas suplementares: Oposição/Explosivo (inclui 9 itens que refletem comportamentos instáveis, irrefletidos e imprevisíveis); Excesso de Atividade/Desatenção (inclui 8 itens relacionados com comportamentos impulsivos, impacientes, inquietos, barulhentos e de atividade excessiva); Antissocial/Agressivo (inclui 12 itens que descrevem comportamentos de intimidação e dano/ofensa a outros). Quanto à escala de Problemas Interiorizados, ela inclui 17 itens associados a problemas de comportamento de carácter emocional e que se distribuem por duas subescalas adicionais: Isolamento Social (inclui 8 itens referentes a padrões comportamentais de evitamento e isolamento de outras crianças) e Ansiedade/Queixas Somáticas (inclui 9 itens indicadores de um padrão de comportamento medroso, tenso e ansioso, que poderá ser acompanhado de vários sintomas físicos como dores abdominais ou de outro tipo, ou doença, para os quais não existe causa física aparente).

Os itens são cotados em referência à observação do comportamento da criança nos últimos 3 meses, com recurso a uma escala de tipo Likert de 4 pontos: 0 (“Nunca”), 1 (“Raramente”), 2 (“Às vezes”) e 3 (“Muitas vezes”) (Merrell, 2002) e o resultado de cada uma das escalas (aptidões sociais e duas subescalas de problemas de comportamento) obtém-se através do somatório de todos os itens cujos valores brutos são depois convertidos em resultados padronizados, percentis e níveis de risco (Major, 2011).

Na sua versão original, as PKBS-2 apresentam uma consistência interna muito elevada (com valores dos coeficientes alfa para os resultados totais situados num intervalo de .93 a .97 e para as várias subescalas de Aptidões Sociais e Problemas de Comportamento situados entre .80 e .90) e valores teste-reteste para os resultados totais situados entre .86 (reteste a três semanas) e .78 (reteste a três meses) para os problemas de comportamento, e entre .58 e .69 para as aptidões sociais, respetivamente. Têm sido utilizadas em estudos internacionais com pré-escolares com problemas de comportamento (e.g., Carney & Merrell, 2005; Herrera & Little, 2005; McGoey et al., 2005; Perry, Dunne, McFadden, & Campbell, 2008).

Em Portugal, este inventário foi traduzido e adaptado por Major (2011), evidenciando boas características psicométricas com coeficientes alfas de Cronbach a variaram entre .88 e .97 para os resultados totais das escalas de Aptidões Sociais e de Problemas de Comportamento, e entre .76 e .97 para as várias subescalas (Major & Seabra-Santos, 2011). Os diversos estudos de evidência de validade reforçam o bom funcionamento das ECIP-2, quer através de procedimentos de análise fatorial exploratória e confirmatória, quer da relação entre subescalas. A evidência de validade e utilidade das ECIP-2 é, igualmente, reforçada através dos resultados dos estudos de validade convergente (e.g., SDQ) e discriminante (e.g., WPPSI-R) e estudos realizados com grupos clínicos/especiais (crianças sinalizadas por suspeita de problemas de comportamento ou com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo) (Major, 2011).

No presente estudo, foram utilizadas a Escala de Aptidões Sociais e as duas subescalas da Escala de Problemas de Comportamento Externalizante. Na versão para pais os valores alfa variaram entre .88 para a Escala de Aptidões Sociais e .88 e .75 para as subescalas Antisocial/Agressivo e Opositivo/Explosivo, respetivamente. Na versão para educadores, os valores alfa foram de .90 para a Escala de Aptidões Sociais e .94 e .91 para as subescalas Antisocial/Agressivo e Opositivo/Explosivo, respetivamente.

2.3. Guião de Entrevista semiestruturada Parental Account of Children's Symptoms: Versão para idade pré-escolar ([PACS]; Taylor et al., 1986; Tradução Portuguesa da PACS para idade pré-escolar de Azevedo, Seabra-Santos, & Gaspar, 2008)

A PACS é uma entrevista clínica estandardizada e semiestruturada, que permite avaliar os problemas de comportamento da criança, tal como são percebidos pelos pais/cuidadores em casa (Taylor et al., 1986). A versão para a idade pré-escolar utilizada neste estudo foi desenvolvida por Sonuga-Barke e colaboradores (1994) e é composta por duas subescalas: uma que avalia a Hiperatividade (HYP) (e.g., a atenção, a capacidade de se manter em tarefa, a irrequietude e o nível de atividade em diferentes situações); e outra para avaliar os Problemas de Comportamento (CP) (e.g., comportamentos de oposição, birras, mentir, tirar algo que não lhe pertence, estragar ou sujar algo propositadamente) (Taylor et al., 1986). É pedido aos pais que descrevam de forma pormenorizada o que a criança faz em determinada situação, em dois momentos distintos: na última semana e nos últimos seis meses. Os entrevistadores treinados devem classificar as respostas dos pais (em relação à sua gravidade e frequência) de acordo com as definições e os critérios de comportamentos predefinidos (Silva, 2010; Taylor et al., 1986). A entrevista é constituída por 30 itens que podem ser cotados numa escala de 0 a 3 pontos ou de 0 a 4 pontos. Calcula-se um resultado total por subescala, que é igual ao somatório das classificações dos 28 itens nos últimos seis meses (entre 0 a 37 na subescala HYP e entre 0 a 54 na subescala CP). A

PACS tem sido utilizada em diversos estudos internacionais de triagem de situações de risco e de avaliação da eficácia de tratamentos na área dos problemas externalizantes em idade pré-escolar (e.g., Salmi, 2008; Scott et al., 2009; Sonuga et al., 1994; Thompson et al., 2009). O estudo de Taylor e colaboradores (1986) demonstrou que a PACS tem boas qualidades psicométricas: elevada fiabilidade intercotadores (entre .92 e .98 para a subescala HYP e entre .89 a .95 para a subescala CP) e boa consistência interna (alfa de Cronbach de .89 para a subescala HIP e .87 para a subescala CP). Os estudos com a versão da PACS para idade pré-escolar são indicativos de elevada fiabilidade intercotadores (entre .92 e .98), boa estabilidade teste-reteste (.78 para a HYP e .62 para a CP) (Sonuga-Barke et al., 1994) e poder discriminativo entre problemas clínicos e não clínicos (Sonuga-Barke et al., 2002). Um estudo exploratório com uma amostra portuguesa comunitária de idade pré-escolar revelou elevado acordo intercotadores (.94 para a subescala HYP e .98 para a subescala CP); alfa de Cronbach de .64 para a subescala de HYP e de .71 para a subescala CP; e boa validade discriminante entre populações clínicas e não clínicas. Para a nossa amostra, a consistência interna foi de .61 para a subescala de HYP e de .70 para a subescala de CP. Neste estudo utilizámos como ponto de corte um valor de 16 pontos (Thompson et al., 2009) de acordo com os estudos ingleses semelhantes.

### **3. Avaliação de variáveis parentais: Questionários de autorresposta**

3.1. Escala de Sentido de Competência Parental ([PSOC] Parenting Sense of Competence Scale; Johnston & Mash, 1989; [versão original de Guibaud-Wallston & Wandersman, 1978]; Tradução Portuguesa de Seabra-Santos & Pimentel, 2007)

A PSOC é uma escala de autorresposta constituída por 17 itens, que avalia a autoestima parental, através de dois fatores: a satisfação, dimensão afetiva que se refere à frustração, ansiedade e motivação no desempenho do papel parental; e a eficácia, dimensão mais instrumental, que se refere à competência, habilidade na resolução de problemas e à capacidade no exercício do papel parental (Johnston & Mash, 1989). Os itens são assinalados numa escala de tipo Likert que varia entre 1 = "Discordo totalmente" e 5 = "Concordo totalmente". O resultado total obtém-se através do somatório dos primeiros 16 itens (mínimo 16 e máximo 80), no entanto, podem calcular-se também dois resultados parciais, correspondentes a cada uma das subescalas: Satisfação (nove itens, mínimo 9 e máximo 45) e Eficácia (sete itens, mínimo 7 e máximo 35) (Johnston & Mash, 1989). Alguns itens são invertidos, pelo que, um resultado alto é indicativo de um sentido de competência parental elevado (Eugénio, 2011). Esta escala tem sido utilizada em diversas investigações internacionais na área dos problemas de comportamento externalizante em idade pré-escolar (e.g., Bor, Sanders, & Markie-Dadds, 2002; Cunningham & Boyle, 2002; Markie-Dadds & Sanders, 2006; Sonuga-Barke et al., 2001). No estudo de análise das características

psicométricas da PSOC de Johnston e Mash (1989), esta escala revelou boa consistência interna (alfa de Cronbach de .79 para a escala total, .75 para a subescala satisfação e .76 para a subescala eficácia) e uma correlação negativa com os problemas internalizantes e externalizantes do Child Behaviour Checklist (Johnston & Mash, 1989). Em Portugal a PSOC tem sido utilizado em alguns estudos exploratórios com amostras da comunidade em idade pré-escolar (Antunes, 2010; Eugénio, 2011; Martins, 2010) e com amostras clínicas em idade escolar (Pimentel, 2008). Nesses estudos os coeficientes alfa de Cronbach variam entre .73 e .78. Na nossa amostra a consistência interna varia entre .61 e .81.

### 3.2. Escala de Estilos Parentais ([PS] Parenting Scale, Arnold et al., 1993; Tradução Portuguesa de Gaspar, 2007)

A Escala de Estilos Parentais é um questionário constituído por 30 itens, utilizado para avaliar a forma como os pais recorrem a práticas disciplinares disfuncionais, devendo estes indicar como se comportam em diferentes situações que envolvem disciplinar os seus filhos. Contém três subescalas: (1) Laxismo, com 11 itens relacionados com a forma como os pais desistem ou falham no estabelecimento de regras ou atribuem consequências positivas aos maus comportamentos da criança; (2) Sobrerreatividade, com 10 itens que dizem respeito ao grau em que as práticas parentais são caracterizadas pela exibição de comportamentos de raiva e irritabilidade; (3) Verbosidade, com 7 itens que dizem respeito à emissão pelos pais de longas respostas verbais, mesmo quando estas parecem ser ineficazes (Arnold et. al, 1993).

Para cada item, os pais devem escolher numa escala de Likert de 7 pontos, em que a pontuação 7 representa sempre o comportamento mais ineficaz (nalguns casos, após a inversão do item). Permite-nos obter uma pontuação total (calculada através da soma de todos os itens e sua média) e uma pontuação por fator (média da soma dos itens que constituem cada fator).

Na sua versão original, esta escala tem sido utilizada com populações clínicas (Bor et al., 2002; Harvey, Danforth, Ulaszek, & Eberhardt, 2001; Keown & Woodward, 2002) e não clínicas, sendo uma boa medida de discriminação entre pais destas duas populações. Apresenta valores alfa de Cronbach indicativos de uma consistência interna moderada (.84 para a escala total; .83 para a subescala Laxismo; .82 para a subescala Sobrerreatividade; e .63 para a subescala Verbosidade).

No nosso país não existem ainda estudos publicados sobre os dados obtidos com a população portuguesa, tendo sido utilizado em alguns estudos com amostras não clínicas de idade pré-escolar (Antunes, 2010; Martins, 2010). Nesses estudos os coeficientes alfa de Cronbach variaram entre .67 para a escala total; .75 para a subescala Laxismo ; .63 para a subescala Sobrerreatividade e .41 para a subescala Verbosidade. No presente estudo, os valores alfa de

Cronbach variaram entre .74 para a Escala Total e .52, .64 e .74 para as subescalas Verbosidade, Sobrerreatividade e Laxismo, respetivamente.

### 3.3. Inventário da Depressão de Beck ([BDI]; Beck Depression Inventory; Beck et al., 1961; Versão Portuguesa de Vaz Serra & Pio Abreu, 1973)

O Inventário da Depressão de Beck é um inventário de autorresposta com 21 itens que avalia a presença de sintomatologia depressiva em adolescentes e adultos (Beck & Steer, 1993). Os sujeitos assinalam a intensidade dos sintomas depressivos numa escala de 0 (ausência de sintomatologia; e.g. Não me sinto triste) a 3 (sintomatologia severa; e.g. Estou tão triste que não consigo suportar), de acordo com a forma como se sentiram durante a última semana, obtendo-se uma pontuação total através do somatório de todos os itens (pontuação que pode variar entre 0 e 63). Para além desta pontuação global, a cotação do instrumento permite ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada da seguinte forma: 1) sem sintomas depressivos: 0-9; 2) sintomas depressivos leves: 17-19; 3) sintomas depressivos moderados: 20-29; e 4) sintomas depressivos graves: pontuação global superior a 30.

Apresenta uma boa consistência interna (alfa = .81), fiabilidade teste-reteste moderada a alta (de .60 a .90) e boa validade discriminante entre populações clínicas e não clínicas. Em Portugal, a versão original deste questionário foi traduzida e adaptada por Vaz Serra & Pio Abreu (1973), apresentando boas características psicométricas. Para o presente estudo a consistência interna foi de .89.

### 3.4. Escala de Avaliação da Intimidade na Relação ([PAIR] Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale; Schaefer e Olson, 1981; Versão Portuguesa de Moreira & Canavarro, 2007)

A Escala de Avaliação da Intimidade na Relação (PAIR) é um questionário de autorresposta utilizado para avaliar o grau de intimidade percebido e/ou desejado por um indivíduo numa dada relação. Permite avaliar o grau em que cada parceiro se sente íntimo nas várias dimensões da sua relação (intimidade percebida). Este instrumento, constituído por 35 itens a que o sujeito deve responder numa escala de Likert de 5 pontos (0 – Discordo fortemente a 4 – Concordo fortemente), mede o grau de intimidade em diferentes áreas (emocional, sexual, recreacional, intelectual e social). Os itens encontram-se distribuídos por 3 fatores e pela escala de Convencionalidade. O fator 1, da Validação Pessoal, é constituído por 14 itens que pretendem avaliar aspetos de intimidade relacionados com o sentimento de validação de opiniões e sentimentos e de aceitação por parte do companheiro num conjunto de diferentes áreas; o fator 2, da Comunicação, engloba 10 itens que avaliam a capacidade e possibilidade de expressão de opiniões, sentimentos e desejos na relação; o fator 3, Abertura ao Exterior contém 5 itens,

relacionados com a abertura da díade conjugal aos outros, nomeadamente aos amigos, e à partilha de amigos comuns. Por fim, a escala de Convencionalidade, que pretende avaliar o grau de deseabilidade social presente nas respostas de cada indivíduo mantém os 6 itens propostos na versão original (Moreira & Canavarro, 2007).

Os estudos psicométricos finais do PAIR na sua versão original revelaram valores de alfa de Cronbach acima de .70, indicando uma consistência interna razoável. Tem sido utilizado em alguns estudos internacionais no domínio da parentalidade e a sua relação com a intimidade no casal (e.g., Barnett, Den, Mills-Koonce, Willoughby, & Cox, 2008; Belsky & Fearon, 2004; Mulsow, Caldera, Pursley, Reifman, & Huston, 2002).

A versão portuguesa de Moreira & Canavarro (2007) apresenta também boas características psicométricas, com valores de alfa de Cronbach situados entre .71 para a subescala Abertura ao Exterior e .88 para a subescala Validação Pessoal. Para a presente amostra os valores alfa de Cronbach foram de .95 para a escala Total e de .89, .88 e .81 para as subescalas Validação Pessoal, Abertura ao Exterior e Comunicação respetivamente. A subescala de Convencionalidade não foi utilizada.

#### **4. Avaliação da satisfação com o programa Básico para Pais Anos Incríveis: Questionários.**

##### **4.1. Questionário de avaliação semanal do programa para pais (Parent Programme Weekly Evaluation Form; Webster-Stratton, 2001)**

O questionário de avaliação semanal do programa para pais é uma medida breve, que pretende avaliar a satisfação dos pais no final de cada sessão em relação aos diferentes componentes do programa: conteúdo, DVDs, *role-play*, líderes do grupo e discussão no grupo. Este questionário foi desenvolvido pela autora do programa (Webster-Stratton, 2001) e compreende uma escala de 1 a 4 pontos, sendo que uma pontuação mais elevada significa um maior nível de satisfação.

##### **4.2. Questionário de avaliação final do programa para pais (Incredible Years Parent Programme Satisfaction Questionnaire; Webster-Stratton, 2001)**

O questionário de avaliação final do programa para pais, desenvolvido pela autora do programa (Webster-Stratton, 2001), consiste num questionário exaustivo, cujo principal objetivo é avaliar a satisfação dos pais em relação ao programa Anos Incríveis em geral. De uma forma mais específica avalia: o programa em geral; grau de dificuldade e utilidade dos diferentes métodos utilizados (e.g., as explicações dadas por líderes do grupo, os DVDs, a discussão em grupo, os *role-plays*); o grau de dificuldade e utilidade das diferentes estratégias desenvolvidas ao longo do

programa (e.g., o brincar, os elogios, o ignorar, as ordens, o tempo de pausa); as competências dos líderes do grupo; e o grupo de pais. Os pais autoavaliam o seu nível de satisfação numa escala de 1 a 7 pontos, uma pontuação mais elevada significa um maior nível de satisfação.

## **5. Observação dos comportamentos da mãe e da criança numa tarefa de interação filmada em laboratório**

5.1. Sistema de Codificação da Interações Mãe/Pai-Criança ([DPICS] Dyadic Parent-Child Interaction Coding System; Robinson & Eyberg, 1981)

Trata-se de uma medida de observação utilizada para avaliar a qualidade da interação da criança com os seus progenitores. Engloba categorias comportamentais distintas para pais e criança, que são codificadas como estando presentes ou ausentes a cada segmento de 5 minutos.

No presente estudo, foram apenas analisadas interações entre mãe e criança. Ambos foram observados durante cerca de 25 minutos enquanto brincavam com um conjunto de brinquedos, igual para todas as díades e em todos os momentos de avaliação. As interações foram codificadas por um observador independente.

De acordo com as investigações de Hutchings, Eade, Jones e Bywater (2004) e de Webster-Stratton e colaboradores (2011), foram analisadas neste estudo duas categorias compósitas para a criança-alvo: (1) total de comportamentos de não obediência e disruptivos da criança (englobando as categorias: chorar; gritar; queixar; comportamentos físicos negativos; verbalizações desadequadas; comportamento destrutivo e comportamento de não obediência); (2) e comportamentos pró-sociais (incluindo as categorias toque físico; afeto positivo não verbal; e afeto positivo verbal). No presente estudo, os valores alfa de Cronbach para estas categorias foram de .80 e .56 respetivamente.

Relativamente aos comportamentos maternos, foram analisadas três categorias compósitas: (1) parentalidade positiva (incluindo elogio específico; elogio inespecífico; afeto positivo; toque físico positivo e resolução de problemas), com um valor alfa de Cronbach de .65; (2) total de críticas e ordens dadas na negativa, com um valor alfa de Cronbach de .68; (3) e comentários descritivos/*coaching* (englobando o total de afirmações descritivas; questões descritivas; afirmações reflexivas e questões reflexivas), com um valor alfa de Cronbach de .49.

Cada uma das interações válidas foi codificada por um observador independente (sem conhecimento da condição experimental de cada díade) e com treino específico na cotação desta tarefa. Para avaliar a fidelidade destas cotações, dois outros cotadores codificaram cerca de 20% das interações válidas, sendo a fidelidade calculada da seguinte forma: a razão entre o número de categorias cotadas da mesma forma e o número total de concordâncias mais as discordâncias; e os coeficientes intraclass. Os valores foram calculados para cada segmento de 5 minutos.

Tal como em estudos semelhantes, a percentagem média do acordo interavaliadores foi de 76% (e.g., Jones et al., 2007; Posthumus et al., 2011). As correlações intraclasse foram de .97, .91 and .73 para as categorias Parentalidade Positiva, Total de Críticas e *Coaching*; e de .92 e .50 para as categorias Comportamentos Desviantes da criança e Comportamentos Pró-sociais da criança, respetivamente.

## Referências Bibliográficas

Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M., & Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório [Assessment of parental education interventions: Report]*. Retirado de [http://www.cnpcjr.pt/preview\\_documentos.asp?r=3493&m=PDF](http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF)

Almeida, L. (1998). *Raciocínio diferencial na juventude Portuguesa: Avaliação, desenvolvimento e diferenciação*. Porto: National Institute of Scientific Research.

Antunes, N. (2010). *A parentalidade e a criança: estudo exploratório sobre a relação entre estilos parentais, sentido de competência parental e o comportamento da criança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (não publicada).

Arnold, D., O'Leary, S., Wolff, L., & Acker, M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137-144. doi:10.1037/1040-3590.5.2.137. 12

Barnett, M., Deng, M., Mills-Koonce, W., Willoughby, M., & Cox, M. (2008). Interdependence of parenting of mothers and fathers of infants. *Journal of Family Psychology*, 22, 561-573. doi: 10.1037/0893-3200.22.3.561

Beck, A. & Steer, R. (1993). *Beck Depression Inventory manual*. USA: The Psychological Corporation.

Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 53-63. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Belsky, J., & Fearon, R. (2004). Exploring marriage-parenting typologies and their contextual antecedents and developmental sequelae. *Development and Psychopathology*, 16, 501-23. doi: 10.1017/S095457940400464X.

Bor, W., Sanders, M., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Programme on preschool children with cooccurring disruptive behaviour and



attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 571–587. doi: 10.1023/A:1020807613155

Carney, A. G., & Merrell, K. W. (2005). Teacher ratings of young children with and without ADHD: Construct validity of two child behavior rating scales. *Assessment for Effective Intervention*, 30, 65-75. doi:10.1177/073724770503000305

Cunningham, C., & Boyle, M. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioural correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 555–569. doi: 10.1023/A:1020855429085

Eugénio, S. (2011). *Sentido de competência parental em mães/pais de crianças em idade pré-escolar*. Dissertação de Mestrado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (não publicada).

Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). *Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire, Portuguese Version]*. Retirado de [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org).

Gaspar, M. F. (submetido). *SDQ frequency distribution for Portuguese 3-6 year olds*.

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345. doi: 10.1097/00004583-200111000-00015

Guibaud-Wallston, J., & Wandersman, L. P. (1978, August). *Development and utility of the Parenting Sense of Competence Scale*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto.

Harvey, E., Danforth, J., Ulaszek, W., & Eberhardt, T. (2001). Validity of the parenting scale for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 731-743. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00052-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00052-8)

Herrera, M., & Little, E. (2005). Behaviour problems across home and kindergarten in an Australian sample. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 5, 77-90. Acedido em <http://www.newcastle.edu.au/jornal/ajedp>

Hutchings, J., Eade, J., Jones, K., & Bywater, T. (2004). *Protocol of Measures for the Evaluation of the Webster-Stratton Group Parenting Programme with Parents of 'at risk' preschool children in Sure Start centres across Wales*. *Sure Start Parent Support Research Programme*, University of Wales Bangor. Retirado de <http://incredible-years-wales-research.bangor.ac.uk/pdf>

Johnston, C., & Mash, E. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175. doi: 10.1207/s15374424jccp1802\_8

Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2007). Efficacy of the Incredible Years Basic parent training program as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: Care, Health and Development*, 33, 749-756. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00747.x

Keown, L. & Woodward, L. (2002). Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 541-553. doi: 10.1023/A:1020803412247

Lakes, K., Vargas, D., Riggs, M., Schmidt, J., & Baird, M. (2011). Parenting Intervention to Reduce Attention and Behavior Difficulties in Preschoolers: A CUIDAR Evaluation Study. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 648–659. doi: 10.1007/s10826-010-9440-1

Major, S. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Major, S. & Seabra-Santos, M. J. (2011). Preschool and Kindergarten behavior scales – 2nd edition: Estudos de adaptação e validação para a população portuguesa. Trabalho apresentado em VIII Congresso Ibero-Americano de Avaliação/ Evaluación Psicológica/ XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, In *Atas do VIII Congresso Ibero-Americano de Avaliação/ Evaluación Psicológica/ XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Lisboa

Markie-Dadds, C., & Sanders, M. (2006). Self-Directed Triple P (positive parenting programme) for mothers with children at-risk of developing conduct problems. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 259–275. doi:10.1017/S1352465806002797

Martins, S. (2010). *O temperamento das crianças e os estilos e sentido de competência parentais*. Dissertação de Mestrado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (não publicada).

Marzocchi, G., Capron, C., Di Pietro, M., Tauleria, E., Duyme, M., Frigerio, A., Gaspar, M., Hamilton, H., Pithon, G., Simões, A., & Thérond, C. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in the Southern European countries. *European Child and Adolescent Psychiatry (Suppl 2)*, 13, 40-46. doi: 10.1007/s00787-004-2007-1

McGoey, K., DuPaul, G., Eckert, T., Volpe, R., & Brakle, J. (2005). Outcomes of a multi-component intervention for preschool children for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child & Family Behavior Therapy*, 27, 33-56.

Merrell, K. W. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition*. Austin, TX: PRO-ED.

Moreira, H., Amaral, A. & Canavarro, M. C. (2009). Adaptação do Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale (PAIR) para a população Portuguesa: Estudo das suas características psicométricas. *Psychologica*, 50, 353-373.

Mulsow, M., Caldera, Y., Pursley, M., Reifman, A., & Huston, A. (2002). Multilevel factors influencing maternal stress during the first three years. *Journal of Marriage and Family*, 64, 944-956. doi: 10.1111/j.1741-3737.2002.00944.x

Perry, D., Dunne, M., McFadden, L., & Campbell, D. (2008). Reducing the risk for preschool expulsion: Mental health consultation for young children with challenging behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 44-54. doi:10.1007/s10826-007-9140-7

Posthumus, J., Raaijmakers, M., Maassen, G., van Engeland, H., & Matthys, M. (2011). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 487-500. doi: 10.1007/s10802-011-9580-9

Robinson, E., & Eyberg, S. (1981). The dyadic parent-child interaction coding system: Standardization and validation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 245-250. doi: 10.1037/0022-006X.49.2.245

Santos, T. (2011). *Perceção de pais e educadoras sobre os problemas de externalização e internalização das crianças em idade pré-escolar*. Tese de mestrado integrado em Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. Retirado de [http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1986/1/DM\\_12841.pdf](http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1986/1/DM_12841.pdf), em 13 de fevereiro de 2012.

Schaefer, M., & Olson, D. (1981). Assessing Intimacy: The PAIR Inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 47-60.

Scott, S., Sylva, K., Doolan, M., Price, J., Jacobs, B., Crook, C., & Landau, S. (2009). Randomised controlled trial of parent groups for child antisocial behaviour targeting multiple risk factors: the SPOKES project. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 48-57. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02127.x

Silva, C. (2010). *Estudo exploratório do Guião de Entrevista Semi-Estruturada PACS numa amostra da comunidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (não publicada).

Silva, F. (2008). *Autonomia comportamental das crianças antes de ingressarem na escola primária. Comportamentos de autonomia e perturbação emocional e comportamental*. Dissertação de mestrado integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Retirado de

[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2143/1/22269\\_ulfp034848\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2143/1/22269_ulfp034848_tm.pdf), em 13 de fevereiro de 2012.

Silva, M. (2009). *Comportamentos de autonomia nos anos pré-escolares na transição para a escolaridade obrigatória*. Dissertação de mestrado integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Retirado de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2143/1/22269\\_ulfp034848\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2143/1/22269_ulfp034848_tm.pdf), em 13 de fevereiro de 2012.

Sonuga-Barke, E., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6), 696-702. doi:10.1097/00004583-200206000-00009

Sonuga-Barke, E., Lamparelli, M., Stevenson, J., Thompson, M., & Henry, A. (1994). Preschool behaviour problems and intellectual attainment: The associations of hyperactivity and conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 949-960. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb02304.x

Taylor, E., Schachar, R., Thorley, G., & Wiselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity I: Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 146, 770-777. doi: 10.1192/bjp.149.6.760

Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Ayres, M., Le Poidevin, E., Mead, S.... Sonuga-Barke, E. (2009). A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programme for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 605-616. doi: 10.1007/s00787-009-0020-0

Vaz-Serra, A., & Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos I: Ensaio de aplicação do 'Inventário Depressivo de Beck' a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.

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

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T. P. (2011). Combining Parent and Child Training for Young Children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 1-13. doi: 10.1080/15374416.2011.546044

**Anexo F**  
**Formulário de Consentimento Informado**

## INFORMAÇÃO

“Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento:  
eficácia de programas parentais e escolares”

O presente estudo visa o despiste/avaliação de crianças em idade pré-escolar com problemas de comportamento (oposição/desafio, hostilidade, falta de atenção, impulsividade e hiperatividade), assim como, a implementação do programa de intervenção Anos Incríveis ao longo de 14 sessões. Este estudo, pioneiro em Portugal, foi concebido de acordo com as recomendações da American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (entidade eminente ao nível da intervenção comportamental em idade precoce) e avaliado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia como um projeto com grande relevância clínica e social (estudo financiado com a referência PTDC/PSI-PED/102556/2008). Implica assim, uma avaliação rigorosa da qualidade de todos os procedimentos utilizados. Este controlo traduz-se em:

- Preenchimento de questionários de avaliação pelos pais das crianças, antes, durante e depois da intervenção;
- Realização de entrevista aos pais;
- Observação e avaliação da criança;
- Observação da interação pais-filho/a;
- Preenchimento de questionários pelo professor/educador de infância do/a seu/sua filho/a;
- Gravação em suporte audiovisual de dois momentos da avaliação e de todas as sessões do programa de intervenção. A gravação das sessões centrar-se-á nas dinamizadoras do grupo, e não nos pais, e tem como objetivo a supervisão da qualidade da sua intervenção. A gravação será, por isso, visionada por um ou mais mentores internacionais, os quais darão *feedback* com o objetivo de aumentar a qualidade. Em qualquer momento poderá visionar as gravações, se assim o desejar.

Todas as informações obtidas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas com objetivos de avaliação e investigação. O seu nome ou do/a seu/sua filho/a nunca será divulgado por qualquer meio.

Existirá uma primeira fase de contacto com as famílias para explicação do projeto, triagem e obtenção do consentimento informado por escrito. As famílias, que de acordo com os procedimentos de triagem, preencherem os requisitos para a inclusão neste estudo passarão à fase seguinte de avaliação (entrevista aos pais, preenchimento de questionários, observação da criança). No final da avaliação, e caso a criança preencha os requisitos comportamentais pré-estabelecidos, será dada aos pais a oportunidade de frequentar o programa de intervenção Anos Incríveis, imediatamente a seguir à avaliação ou 7 meses após a mesma (a seleção será aleatória), o qual é implementado em grupo.

De forma a garantir a participação dos pais no grupo será fornecido, a quem necessitar, apoio de *babysitting* e lanche a todos os filhos.

Por questões éticas e clínicas será dado aconselhamento a todas as famílias que contatarem com este projeto e que assim o desejem, mesmo às que não integrem a fase de intervenção.

Lembramos que a participação dos pais neste projeto é voluntária e totalmente gratuita. As crianças serão também informadas dos objetivos deste projeto e ser-lhes-á pedido que dêem o seu consentimento oral.

Tatiana C. Homem

(Psicóloga e Investigadora neste Projeto)

### Autorização de Participação

Declaro que tomei conhecimento dos objetivos e das condições de participação no estudo “Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento: eficácia de programas parentais e escolares”, de que são responsáveis a Professora Doutora Maria Filomena Gaspar e a Professora Doutora Maria João Seabra-Santos (Professoras Auxiliares da FPCEUC).

. Concordo em participar neste estudo e autorizo o(a) educador/professor(a) do meu filho(a)/educando(a) a preencher questionários relativos ao seu comportamento.

. Concordo em participar nas diferentes fases deste projeto (avaliação/observação antes, durante e depois da intervenção parental ao longo de 14 semanas).

. Autorizo a gravação das sessões do grupo de intervenção parental.

. Autorizo a gravação dos diferentes momentos da avaliação da criança: SIM\_ NÃO\_

Assinatura do pai e/ou mãe

---



**Anexo G**  
**Exemplo de um dos folhetos informativos para educadores de infância e**  
**técnicos de saúde**

## Projeto de Investigação ANOS INCRÍVEIS

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra Centro de Psicopedagogia Coordenação e supervisão científicas da Professora Doutora Maria João Seabra-Santos (seabramj@fpce.uc.pt) e da Professora Doutora Maria Filomena Gaspar (ninigaspar@fpce.uc.pt)

“Prevenção/intervenção precoces em distúrbios de comportamento:  
eficácia de programas parentais e escolares”

Através deste projeto pretende-se testar o impacto e a eficácia do programa básico para pais “Anos Incríveis” numa população de crianças de idade pré-escolar (3 aos 6 anos inclusivamente). O desenho deste estudo foi concebido de acordo com as recomendações da American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, que preconiza a terapia comportamental, nomeadamente o treino parental, como tratamento de excelência nestas idades. De acordo com estas recomendações, os pais participarão no Programa Anos Incríveis – Básico para Pais (Webster-Stratton & Hancock, 1998), o qual é implementado ao longo de 14 sessões semanais, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Trata-se de um intervenção baseada em evidências (evidence-based) que provou ser uma abordagem eficaz para problemas de comportamento e de falta de atenção, impulsividade e hiperatividade apresentados por crianças em idade pré-escolar.

Os principais objetivos do programa são: fortalecer as relações pais-criança e encorajar a cooperação desta; incentivar estilos parentais positivos; encorajar imposição de limites efetivos e a definição de regras claras; e promover o uso de estratégias disciplinares não violentas. Pretende-se assim, avaliar a eficácia deste programa no incremento das competências parentais e na qualidade da interação pais-filhos, bem como, na diminuição dos comportamentos problemáticos da criança e na promoção da sua auto-regulação. Desta forma estará a contribuir-se para a promoção da saúde mental e prevenção de trajetórias desenvolvimentais negativas.

Este estudo compreende diferentes etapas: 1<sup>o</sup> Divulgação do projeto e sinalização de famílias (explicação da existência do projeto e recolha de contactos da família). 2<sup>o</sup> Contacto com as famílias para darem início à fase de triagem (explicação detalhada do projeto, preenchimento de questionário comportamental pelos pais e educadora, obtenção de consentimento informado). 3<sup>o</sup> As famílias, que de acordo com os procedimentos de triagem, preencherem os requisitos para

a inclusão neste estudo passarão à fase seguinte de avaliação (entrevista aos pais, preenchimento de questionários, observação da criança). No final da avaliação, será dada aos pais a oportunidade de frequentar o programa de intervenção “Anos Incríveis” ao longo de 14 semanas (imediatamente após a avaliação ou 7 meses mais tarde), gratuitamente (entre 10 a 12 pais por grupo – mães, pais ou avós/outros cuidadores). De forma a garantir a participação dos pais no grupo será fornecido, a quem necessitar, apoio de *babysitting* e lanche a todos/as os filhos/as. Todas as famílias serão avaliadas antes e depois da intervenção.

Critérios de inclusão no estudo:

-Crianças que tenham entre 3 a 6 anos (à data da primeira avaliação a criança não pode ter mais de 6 anos, nem frequentar o 1º ciclo).

-Crianças com problemas comportamentais (oposição, desafio e/ou agitação motora, impulsividade, falta de atenção) ou em risco de virem a desenvolver um problema de comportamento.

Critérios de exclusão:

-Crianças medicadas.

-Crianças que estão a fazer outro tipo de intervenção psicológica.

-Crianças com Atraso Grave do Desenvolvimento ou com Perturbações do Espectro do Autismo.

Avaliaremos famílias até ao final de 2011, pelo que, gostaríamos de poder contar com a vossa disponibilidade para nos sinalizarem crianças em idade pré-escolar com sintomas de oposição, desafio e hostilidade marcada, agitação psicomotora, impulsividade e falta de atenção.

Agradecemos a sua colaboração e disponibilidade.