



Triplo P - Programa de Parentalidade Positiva: um estudo piloto com mães em situação de risco psicossocial

Sandra Nogueira¹, Catia Costa¹, Isabel Macedo Pinto¹ & Orlanda Cruz¹

1. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

Resumo

Este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia de um programa de parentalidade positiva, o Triplo P com mães portuguesas em situação de risco psicossocial. Foi selecionado um desenho experimental controlado de forma randomizada com recurso a grupo de intervenção (GI, $n = 10$) e grupo de controlo (GC, $n = 10$). Participaram 20 mães de crianças com idades entre os 3 e os 12 anos em situação de carência socioeconómica e, conseqüente, risco psicossocial. A distribuição das participantes foi aleatória e o plano de avaliação contemplou dois momentos: pré e pós-intervenção. Foram avaliadas as seguintes dimensões: os problemas emocionais e comportamentais da criança, práticas disciplinares parentais, senso de competência parental, níveis de stress parental, depressão, stress e ansiedade e rede informal de suporte social. Comparado com GC, o GI demonstrou uma redução significativa ao nível dos problemas comportamentais e emocionais da criança, assim como, aumento do nível de satisfação e do senso de competência parental. Foram ainda, encontradas alterações significativas ao nível das práticas parentais e diminuição dos níveis de stress parental nas mães que usufruíram do programa de intervenção. Os resultados preliminares evidenciam parcialmente a eficácia do Triplo P na redução dos problemas da criança e na adoção de práticas parentais adequadas.

Palavras-chave: Parentalidade; Educação Parental; Triplo P; Exclusão Social.



Abstract

This research project aims to evaluate the effectiveness of Group Triple P – Positive Parenting Program with psychosocial risk portuguese mothers. It was selected a randomized controlled experimental design with intervention group (IG, $n=10$) and control group (CG, $n=10$). Participated 20 mothers of children aged between 3 and 12 years, signalized by social services, because low-income and, consequently, psychosocial risk. The evaluation plan included two phases: pre-and post-intervention. The assessment covers the following dimensions: children's emotional and behavioral problems, parental styles, parenting sense of competence, parental stress, depression, stress and anxiety levels of participants and social support networks. Compared to CG, the IG showed a significant reduction in terms of behavioral and emotional problems in children, as well as increase of parental satisfaction and sense of competence. There were also significant changes in terms of parenting and decreased parental stress levels in mothers who benefited from this intervention. Preliminary results partially show the effectiveness of Triple P in reducing the child's problems and adoption of suitable parenting.

Keywords: Parenting; Parental Training; Triple P; Social Exclusion;



Introdução

As famílias que se encontram em situação de risco psicossocial enfrentam desafios complexos no desempenho das suas funções parentais, dado que frequentemente se verificam situações graves de carência socioeconómica, violência doméstica, maltrato ou negligência infantil, abuso de substâncias, incesto, entre outros (Sousa, 2005). Habitualmente, residem em áreas com elevados níveis de desemprego, usufruem de cuidados de saúde inadequados ou insuficientes, possuem baixos níveis de literacia e comportamentos de risco (Evans, 2004). Estes adultos tendem a experienciar índices elevados de stress parental, humor depressivo, desregulação emocional, insatisfação parental, múltiplos acontecimentos negativos de vida e relações vincuativas inseguras (Barth & Miller, 2000; Evans, 2004). Estes fatores foram consistentemente associados ao desenvolvimento e manutenção de problemas comportamentais e emocionais da criança/adolescente, problemas académicos, maltrato e negligência infantil (Campbell 2000), abuso de substâncias tóxicas e comportamentos desviantes (Sanders, Karen & Turner, 2016).

O maltrato, a negligência infantil e os problemas parentais associados, incluem geralmente práticas parentais coercivas, interações familiares negativas, padrões de comunicação desadequados, conflitos conjugais, estratégias de disciplina negativa e controlo restritivo (e.g. tentar parar a criança através de instruções formuladas pela negativa, repreensões verbais e punições físicas), entre outros (Weiss, Dodge, Bates & Pettit, 1992). A maioria dos pais, no desempenho diário das suas funções, confronta-se com alguma destas dificuldades, sendo por isso imprescindível abordar este tema como um assunto de saúde pública (Sanders, Prinz & Shapiro, 2012). Uma intervenção parental adequada pode contribuir amplamente para a promoção de ambientes familiares consistentes e responsivos, propiciar um desenvolvimento saudável à criança que se irá sentir aceite e afetivamente nutrida no seio familiar, capaz de se expressar e regular emocionalmente (Morris, Silk, Steinberg, Myers & Robinson, 2007). Não é por isso surpreendente que os programas parentais estruturados baseados em modelos de aprendizagem social sejam considerados, pela literatura científica, como os mais eficazes na redução dos níveis de maltrato infantil, promoção da saúde mental e do bem-estar da comunidade em geral (Sanders, 2012). As competências parentais são, desta forma, percecionadas como um fator chave no desenvolvimento de uma sociedade e os programas de treino parental constituem uma estratégia básica de prevenção do risco (Greens & Vandenberg, 2012) e uma alavanca poderosa para a diminuição dos níveis de pobreza e de exclusão social.

Um dos programas de parentalidade mais estudado e disseminado internacionalmente é o *Triplo P - Positive Parenting Program*, desenvolvido e aperfeiçoado ao longo dos últimos 30 anos por Sanders e seus colaboradores na Universidade de Queensland em Brisbane, Austrália (Sanders, 1999). O autor promove a adoção de uma parentalidade positiva, ou seja, práticas parentais não permissivas, com estabelecimento das regras e limites necessários para um desenvolvimento pleno da criança e de todas as suas potencialidades. Esta é uma parentalidade que nutre, empodera e reconhece a criança como pessoa de plena de direitos e exclui todo e qualquer tipo de punição física ou psicológica. O programa promove, por isso, a construção de relações saudáveis entre pais e filhos, estimula os adultos a agirem de forma calorosa, a proporcionar tempo de qualidade à criança, elogiar os bons comportamentos e a



usar estratégias disciplinares construtivas e positivas, tendo sempre em conta o nível de desenvolvimento da criança.

Planeado para alcançar diversos segmentos populacionais, o Triplo P possui cinco níveis diferentes de intervenção que visam aumentar progressivamente as competências parentais dos pais de crianças dos 0 aos 16 anos de idade (Sanders, Markie-Dadds & Turner, 2003). O mesmo encontra-se assente num princípio de “suficiência mínima”, segundo o qual deve ser identificada a abordagem menos intrusiva e mais económica, mas igualmente eficaz para a prevenção/diminuição dos problemas comportamentais e emocionais da criança (Sanders, Kirby, Tellegen, & Day, 2014). Através de um conjunto de intervenções integradas para diferentes grupos etários, o programa é dirigido a diversos problemas (e.g., comportamentais disruptivos, desenvolvimentais e alimentares) e tipologias familiares (Sanders, 2012). Ao longo das sessões é enfatizado o desenvolvimento da agência pessoal dos pais, a mudança comportamental e a capacidade autorregulatória, através da qual os pais promovem a independência e autonomia da criança (Sanders, 2012).

O nível mais básico de intervenção (nível 1) possui um carácter universal e dirige-se a pais que pretendem obter informação acerca do processo desenvolvimental da criança. Podem ser realizadas campanhas promocionais com o intuito de informar sobre tópicos elementares, com recurso a diferentes estratégias de transmissão como os media, apresentações em grupo, entre outros (Sanders, Markie-Dadds & Turner, 2003). Estas campanhas podem ser nacionais ou locais e visam promover a adoção de práticas de parentalidade positiva, incitar a recetividade e participação dos pais no programa, fomentar atitudes positivas e eliminar/diminuir o estigma associado à participação neste tipo de programas (Sanders, 1999). O nível 2 adequa-se a pais com preocupações específicas e reporta-se, normalmente ao nível dos cuidados primários de saúde. Trata-se de uma intervenção seletiva direcionada a pequenos grupos nos quais se considera a existência de um tipo específico de risco (Sanders, Markie-Dadds & Turner, 2003). Igualmente seletiva, a intervenção de nível 3, embora mais intensa do que o nível anterior, é indicada para pais de crianças com problemas comportamentais ou desenvolvimentais ligeiros e distingue-se por incorporar um treino mais ativo de competências (Sanders, 1999). O nível 4 e 5 são intensivos e pressupõem o uso combinado de estratégias de transmissão de informação, suporte e treino de competências parentais (Sanders, 1999), podendo decorrer em formato individual ou em grupo. Enquanto o nível 4 é dirigido a famílias com elevado número de fatores de risco para a criança, o nível 5 pressupõe que a família tenha já usufruído do nível 4 e amplia o foco interventivo para fatores de risco específicos, como a psicopatologia, níveis elevados de stress parental, conflitos interparentais, entre outros (Sanders, 1999).

Este estudo teve como objetivo a avaliação da eficácia de um programa de parentalidade positiva, o Triplo P com mães em situação de risco psicossocial. Nesse sentido foram delineadas as seguintes hipóteses de investigação: as mães que usufruem do Triplo P quando comparadas com as mães da intervenção usual apresentam: (H1) diminuição das dificuldades emocionais e comportamentais manifestadas pela criança; (H2) diminuição dos níveis de permissividade, sobrerreatividade e hostilidade verbal; (H3) aumento da satisfação e autoeficácia parental; (H4) diminuição do *stress* parental; (H5) diminuição dos



sintomas de depressão, ansiedade e *stress*; (H6) aumento da rede informal de suporte social da família.

Método

Participantes

Neste estudo participaram 33 mães em situação de risco psicossocial, encaminhadas pelo serviço local de ação social de Penafiel. As mães com psicopatologia ou défice cognitivo moderado/grave foram excluídas ($n = 10$) e três das mães contactadas recusaram participar no estudo. As participantes apresentam idade média de 31 anos ($DP = 6.67$) para o grupo de intervenção e de 41 anos ($DP = 9.91$) para o grupo de controlo. A maioria integra famílias de tipologia monoparental (GI = 5; GC = 6), é divorciada ou solteira (GI = 5; GC = 6) e possui o 2º ciclo de ensino básico (GI = 6; GC = 7). A idade média das crianças é de seis anos e oito meses ($DP = 2.90$) para o grupo Triplo P e de oito anos para o grupo de controlo ($DP = 2.10$). Na maioria a amostra é constituída por crianças do género feminino (GI = 6; GC = 5). Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos.

Instrumentos de Avaliação

O Questionário de Caracterização Familiar permite recolher a dados sociodemográficos, como nome, idade e escolaridade das pessoas que integram a família.

O *Questionário de Dificuldades e Capacidades* (Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005) resulta da tradução do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Goodman, 1997), possui 25 itens e um suplemento de impacto. Avalia a frequência de comportamentos positivos e negativos na criança, de acordo com cinco subescalas (e.g., sintomas emocionais, problemas comportamentais, hiperatividade, problemas com os pares e comportamento pro-social). O instrumento em *baseline* apresentou uma consistência interna de .70.

A *Escala Parental* é um instrumento de 30 itens que variam numa escala de resposta de 7 pontos. Cada item remete para um determinado comportamento parental desadequado e é emparelhado com o comportamento eficaz no extremo oposto. No seu conjunto os itens pretendem avaliar os estilos disciplinares (Arnold, O'Leary, Wolff & Acker, 1993) e subdividem-se em três fatores, permissividade, sobrerreatividade e hostilidade verbal. Esta escala apresentou uma consistência interna global de .84.

A *Escala Sentido de Competência Parental* (ESCP, Johnson & Mash, 1989) avalia a autoestima dos pais em duas dimensões: satisfação (e.g., avalia sentimentos de frustração, ansiedade e motivação associados ao papel parental) e autoeficácia (i.e., o grau de competência percebida pelos pais relativamente à sua capacidade de lidar com os problemas no contexto da parentalidade), apresentando consistência interna global de .79.

A *Escala Stress, Ansiedade e Depressão*, versão curta (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), é um instrumento de 21 itens que avalia os níveis de ansiedade ($\alpha = .95$), depressão ($\alpha = .98$) e *stress* ($\alpha = .94$).

O *Índice de Stress Parental* (versão curta) é uma escala originalmente criada por Abidin (1995), em fase de adaptação para a população portuguesa por Salomé Viera dos Santos. Pretende medir os níveis de stress parental no exercício das suas funções, através de 36 itens



que se subdividem em três dimensões diferentes (mal-estar dos pais; relação pais-criança disfuncional e temperamento da criança).

O *Questionário de Apoio Social Percebido* (MOS-SSS) é instrumento 19 itens (Sherbourne & Stewart, 1991; Fachado, Martinez, Villalva & Pereira, 2007) pretende avaliar a rede de suporte social dos participantes em 4 dimensões: interação social positiva, apoio emocional, apoio afetivo, apoio material. A consistência interna desta escala varia entre .87 e .97.

Procedimento

Este estudo obteve o parecer positivo da Comissão de Ética da FPCEUP. As participantes, depois de encaminhadas pelos técnicos do serviço local de ação social, foram contactadas para recolha de consentimento informado e aplicação do protocolo de avaliação. O estudo assentou num *design* experimental controlado de forma randomizada com dois momentos de avaliação, pré e pós-intervenção. As participantes foram aleatoriamente alocadas em dois grupos distintos, o grupo de intervenção (GI) – Triplo P e o grupo de controlo (GC) – intervenção usual.

O Triplo P é constituído por dez sessões; sete sessões presenciais de 120 minutos e três sessões telefónicas (20-30 minutos). As sessões têm frequência semanal e em cada uma delas é abordado um tema específico (e.g., parentalidade positiva, objetivos de mudança comportamental, estratégias de disciplina positiva). A estrutura das sessões é sempre idêntica (e.g., agenda da sessão, revisão do tema anterior; apresentação do racional teórico e vídeos exemplificativos; exercícios práticos; trabalhos de casa). Na primeira sessão telefónica são devolvidos os resultados da avaliação inicial. Nas sessões seguintes promove-se o desenvolvimento de rotinas específicas de parentalidade. Na sessão final, o grupo reúne-se para identificar mudanças concretas e delinear novos objetivos. No final são entregues certificados de participação.

A intervenção usual refere-se a um processo de acompanhamento psicossocial realizado pelo técnico e/ou equipa de referência. Este processo é constituído por um número não definido de entrevistas individuais/familiares e visitas domiciliárias nas quais são analisadas diversas problemáticas (e.g., parentalidade, estratégias de inclusão social e profissional, sensibilização para os cuidados básicos de saúde, organização habitacional, gestão doméstica, entre outros). Por razões éticas o grupo que recebe a intervenção usual é, posteriormente, convidado a participar no programa Triplo P.

Resultados

Dado o reduzido tamanho da amostra optamos por uma análise estatística de comparação de resultados através de testes não paramétricos, nomeadamente, o teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas, considerando um $\alpha = 0.05$. Para as diferentes variáveis em análise, apresentamos em seguida o tamanho da amostra, médias, desvios padrões e significância para os dois grupos, pré e pós-intervenção.

Como observamos na Tabela 1, o grupo de intervenção verificou uma redução significativa dos problemas emocionais e comportamentais da criança ($M_{pré} = 4.60$ e $M_{pós} = 2.40$, $p < 0.05$) e dos sintomas de hiperatividade ($M_{pré} = 6.70$ e $M_{pós} = 4.50$, $p < 0.05$), do momento pré-intervenção para o momento pós-intervenção. Estas alterações refletiram-se na subescala total de dificuldades ($M_{pré} = 17.60$ e $M_{pós} = 10.80$, $p < 0.05$) que também diminui



significativamente. Nas subescalas problemas de comportamento, problemas com os colegas e comportamentos prossociais não foram verificaram alterações.

Tabela 1: Média (SD) e *p*-value das subescalas emocionais e comportamentais em pré e pós-intervenção

	Grupo Triplo P				Grupo de Controlo (GC)		
	Pré	Pós	<i>P</i>	N	Pré	Pós	<i>P</i>
Sintomas emocionais	4.60 (2.59)	2.40 (1.58)	.011	10	3.30 (3.13)	2.90 (2.42)	.176
Prob. comportamento	3.60 (2.99)	2.40 (1.96)	.107	10	2.50 (2.27)	2.10 (1.85)	.414
Hiperatividade	6.70 (2.21)	4.50 (2.07)	.024	10	6.40 (2.46)	6.30 (2.26)	.582
Prob. com colegas	2.70 (2.21)	1.50 (1.35)	.079	10	2.50 (2.32)	2.10 (1.29)	.773
Comp. Prossocial	9.10 (.99)	9.60 (.52)	.059	10	9.30 (1.57)	9.50 (.85)	.395
Total Dificuldades	17.60 (5.99)	10.80 (4.80)	.008	10	14.70 (7.12)	13.40 (4.93)	.407

Em relação aos estilos parentais (cf. Tabela 2) as mães do Triplo P reduziram significativamente os níveis de permissividade ($M_{\text{pré}} = 3.18$ e $M_{\text{pós}} = 1.84$, $p < 0.05$) e hostilidade verbal ($M_{\text{pré}} = 1.27$ e $M_{\text{pós}} = 1.07$, $p < 0.05$), do primeiro para o segundo momento de avaliação. Ao nível da subescala sobrereatividade não foram observadas alterações significativas entre os grupos.

Em relação à Escala de Sentido de Competência Parental, verifica-se também que as participantes do grupo de intervenção aumentaram significativamente a satisfação parental ($M_{\text{pré}} = 30.90$ e $M_{\text{pós}} = 38.20$, $p < 0.05$), comparativamente com o grupo de mães do grupo de controlo. Este último grupo apresentou, ainda, uma redução significativa do sentimento de autoeficácia ($M_{\text{pré}} = 33.30$ e $M_{\text{pós}} = 30.10$, $p < 0.05$), ao longo do tempo.

Tabela 2: Média (SD) e *p*-value dos estilos parentais e sentido de competência em pré e pós-intervenção

	Grupo Triplo P				Grupo de Controlo		
	Pré	Pós	<i>P</i>	N	Pré	Pós	<i>P</i>
Permissividade	3.18 (1.48)	1.84 (.65)	.017	10	2.50 (1.81)	2.22 (1.52)	.341
Sobrereatividade	3.66 (1.56)	2.74 (.78)	.073	10	3.24 (1.51)	2.82 (1.07)	.068
Hostilidade	1.27 (1.90)	1.07 (.54)	.028	10	1.93 (1.05)	1.60 (.813)	.121
Satisfação	30.90 (10.35)	38.20 (8.68)	.012	10	29.70 (6.45)	32.00 (7.01)	.060
Autoeficácia	32.60 (4.09)	35.00 (3.86)	.091	10	33.30 (4.92)	30.10 (4.63)	.040

Relativamente ao Índice de Stress Parental (cf. Tabela 3) foram registadas alterações nos dois grupos. As mães do grupo de intervenção apresentaram uma redução significativa ao nível do mal-estar parental ($M_{\text{pré}} = 36.08$ e $M_{\text{pós}} = 28.70$, $p < 0.05$), do temperamento ($M_{\text{pré}} = 31.17$ e $M_{\text{pós}} = 25.90$, $p < 0.05$) e do índice global de stress parental ($M_{\text{pré}} = 91.33$ e $M_{\text{pós}} = 76.90$, $p < 0.05$). Por outro lado, as participantes que integraram o grupo de controlo apresentaram um aumento significativo na subescala relação disfuncional ($M_{\text{pré}} = 24.33$ e $M_{\text{pós}} = 28.20$, $p < 0.05$), do momento pré-intervenção para o momento pós-intervenção.

Tabela 3: Média (SD) e *p*-value das subescalas de stress parental em pré e pós-intervenção

	Grupo Triplo P				Grupo de Controlo		
	Pré	Pós	<i>p</i>	N	Pré	Pós	<i>P</i>
Mal-estar	36.08 (10.20)	28.70 (9.89)	.046	10	37.50 (9.02)	35.70 (7.32)	.058
Rel. disfuncional	24.08 (9.97)	22.30 (7.03)	.213	10	24.33 (6.67)	28.20 (6.56)	.035



Temperamento	31.17 (10.47)	25.90 (10.46)	.44	10	27.83 (7.30)	30.20 (8.82)	.79
Stress Global	91.33 (26.75)	76.90 (25.10)	.038	10	89.67 (17.23)	94.10 (19.12)	.905

Os níveis de depressão, ansiedade, *stress* (cf. Tabela 4) foram monitorizados nos dois momentos temporais, mas não foram encontradas diferenças significativas.

Tabela 4: Média (SD) e *p-value* das subescalas depressão, ansiedade, stress e suporte social em pré e pós-intervenção

	Grupo Triplo P				Grupo de Controlo		
	Pré	Pós	<i>P</i>	N	Pré	Pós	<i>P</i>
Depressão	11.80 (11.64)	8.00 (9.89)	.106	10	17.20 (13.21)	16.40 (12.93)	.779
Ansiedade	10.80 (8.18)	6.60 (8.49)	.065	10	14.60 (11.12)	12.40 (10.58)	.398
Stress	17.40 (9.62)	11.80 (11.21)	.074	10	20.60 (9.89)	20.20 (12.74)	.838
Interação Positiva	10.40 (3.34)	12.10 (4.70)	.171	10	8.80 (2.04)	6.70 (3.06)	.065
Apoio Emocional	22.50 (6.28)	25.00 (8.84)	.306	10	16.90 (6.35)	15.10 (8.60)	.574
Apoio Afetivo	8.80 (2.66)	10.20 (2.04)	.147	10	8.40 (1.83)	7.40 (2.95)	.190
Apoio Material	11.60 (1.71)	10.70 (3.80)	.371	10	9.30 (2.87)	8.10 (2.42)	.332

Como observado na Tabela 4, também não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma das subescalas do questionário usado para avaliar a rede informal de suporte social das participantes.

Discussão

O Triplo P é um sistema de intervenção na parentalidade positiva, disseminado em inúmeros países, mas pouco estudado em Portugal. Este estudo piloto faz parte de um projeto de investigação alargado que pretende responder à escassez observada de intervenções empiricamente validadas para contexto português, no âmbito da promoção de competências parentais. Tanto quanto nos é dado a saber, trata-se do primeiro estudo controlado de forma randomizada desenvolvido em Portugal com este programa.

Os resultados obtidos são promissores, dado que sugerem a eficácia do Triplo P. Foi observada uma diminuição dos problemas emocionais e comportamentais percebidos pelas mães à semelhança do que é reportado na literatura (de Graaf et al. 2008a). As mães que usufruem do programa Triplo P desenvolvem capacidades específicas que melhoram a comunicação e reduzem os conflitos familiares, levando à diminuição do risco de desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais (Sanders, 2008). Além disso, observa-se uma mudança ao nível do foco atencional destas mães que passam a estar mais centradas nos comportamentos positivos da criança (Errázuriz, Cerfogli, Moreno e Soto, 2016), princípio promovido pelos programas de parentalidade positiva. Os resultados obtidos mostraram, ainda, uma diminuição dos níveis de permissividade e hostilidade verbal, o que reflete uma mudança parcial ao nível das práticas educacionais selecionadas pelas mães que receberam o Triplo P.

Tornando-se mais fácil lidar com os problemas da criança, o nível de satisfação e autoeficácia das mães aumenta. Neste estudo observamos um aumento do nível de satisfação materna, sendo que os níveis de autoeficácia não sofreram qualquer alteração. Consideramos que esta dimensão necessita de um período temporal maior para se alterar, o que poderá ser analisado através de uma avaliação de *follow-up*.



As famílias em situação de risco psicossocial encontram-se expostas a inúmeros fatores de *stress* que afetam diretamente a forma com os adultos exercem a sua parentalidade. Nesta dimensão o programa Triplo P também demonstrou eficácia na redução dos níveis globais de *stress* parental. Após frequentarem o programa, observamos uma alteração da perceção das mães relativamente ao temperamento da criança, deixando de considerar este fator uma fonte potencial de *stress*. Os resultados obtidos neste estudo são consistentes com estudos prévios acerca da eficácia do Triplo P quando implementado em formato grupal (Au et al. 2014; de Graaf et al. 2008b). Alguns efeitos positivos observados em estudos anteriores não foram aqui observados, nomeadamente, diminuição dos sintomas depressivos e ansiosos, assim como, o aumento da rede informal de suporte social das participantes. Consideramos que isto se deve ao reduzido tamanho da amostra deste estudo.

Em relação às mães do grupo de controlo verificamos alguns efeitos inesperados, nomeadamente, um aumento significativo da disfuncionalidade na díade mãe-criança e uma redução significativa do sentimento de autoeficácia evidenciado quando comparados os dois momentos de avaliação. Avançamos, desde já, com a hipótese de que estes dados podem estar a refletir um efeito cumulativo relacionado com a presença de múltiplos de fatores de risco. Sem acesso a intervenções parentais eficazes e expostas a diversos *stressores*, será que o resultado são díades parentais disfuncionais associado a um menor sentimento de autoeficácia nestas mães? Para respondermos a esta questão, necessitaríamos de estudos exploratórios adicionais.

Este foi um estudo piloto pelo que estamos cientes das suas limitações, nomeadamente, o tamanho reduzido da amostra e a seleção de testes não-paramétricos. Estudos futuros deverão ampliar o número de participantes, considerar recolhas de dados em momentos posteriores de *follow-up* de seis/doze meses e proceder a análises estatísticas mais complexas (e.g., *mixed anova design*) e/ou introduzir novas variáveis (e.g., informação do contexto escolar da criança). Consideramos que este estudo cumpriu o objetivo principal de demonstrar a eficácia do programa Triplo P com famílias em situação de risco social em contexto português. Acreditamos por isso que este programa será uma ferramenta útil para todos os profissionais que desejem implementar intervenções eficazes e empiricamente validadas neste tipo de população.

Agradecimentos

O meu agradecimento sincero a todas às participantes deste estudo piloto e aos técnicos que procederam ao seu encaminhamento para este projeto.

Contacto para Correspondência

Sandra Nogueira, FPCE-UP, Rua Alfredo Allen 4200-135 Porto - Portugal,
up201508940@fpce.up.pt



Referências

- Abidin, R. (1995). Parenting Stress Index. 3rd edition. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Arnold, D., O'Leary, S., Wolff, L., & Acker, M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5(2), 137-144. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.137>
- Au, A., Lau, K. M., Wong, A. H. C., Lam, C., Leung, C., Lau, J., & Lee, Y. K. (2014). The efficacy of a group Triple P (positive parenting program) for Chinese parents with a child diagnosed with ADHD in Hong Kong: A pilot randomized controlled study. *Australian Psychologist*, 49(3), 151-162. doi:10.1111/ap.12053
- Barth, R. P., & Miller, J. M. (2000). Building effective post-adoption services: What is the empirical foundation? *Family Relations*, 49, 447- 455.
- Campbell, S. B. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 383-401). Springer US.
- de Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008a). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: A meta-analysis. *Behaviour Modification*, 32, 14-35. doi:10.1177/0145445508317134
- de Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008b). Effectiveness of the Triple P positive parenting program on parenting: A meta-analysis. *Family Relations*, 57, 553-566. doi: 10.1177/0145445508317134
- Errázuriz, P., Cerfogli, C., Moreno, G., & Soto, G. (2016). Perception of Chilean Parents on the Triple P Program for Improving Parenting Practices. *Journal of Child Family Studies*, 25, 3440-3449. doi: 10.1007/s10826-016-0492-8
- Evans, G. W. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist*, 59 (2), 77-92. doi: 10.1037/0003-066X.59.2.77
- Fachado, A. A., Martinez, A. M., Villalva, C. M., & Pereira, M. G. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa: Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Medica Porto*, 20, 525-533.
- 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.
- Geens, N. & Vandenbroeck, M. (2014). The (ab)sense of a concept of social support in parenting research: a social work perspective. *Child & Family Social Work*, 19: 491-500. doi:10.1111/cfs.12048
- Gomez, E., Munoz, M. & Haz, A. (2007). Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: características e intervención. *Psyke* 16(2), 43-54.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of clinical child psychology*, 18(2), 167-175. doi 10.1207/s15374424jccp1802_8
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi:10.1016/0005 7967(94)00075-U
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psicologica*, 36, 235-246. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.12/1058>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S. and Robinson, L. R. (2007). The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Social Development*, 16: 361-388. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x



- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Toward 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(2), 71-90. doi: 10.1023/A:1021843613840
- Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of family psychology*, 22(4), 506-517. doi: 10.1037/0893-3200.22.3.506
- Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 1-35. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104>.
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 337-357. doi:10.1016/j.cpr.2014.04.003
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (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), 1-24. Retrieved from <http://www.kindermishandeling.info/triplep/download/ArtikelMSanders.pdf>
- Sanders, M. R. & Turner, K. M. (2016). Triple P – Positive Parenting Program. In Ponzetti, J. (Eds). *Evidence-based parenting education: A global perspective*. Routledge: New York.
- Sanders, M. R., Prinz, R. J., & Shapiro, C. J. (2009). Predicting utilization of evidence-based parenting interventions with organizational, service-provider and client variables. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(2), 133-143. doi:10.1007/s10488-009-0205-3
- Sousa, L. (2005). Building on personal networks when intervening with multiproblem poor families. *Journal of Social Work Practice*, 19(2). 163-179.
- Weiss, B., Dodge, K. A., Bates, J. E. & Pettit, G. S. (1992). Some Consequences of Early Harsh Discipline: Child Aggression and a Maladaptive Social Information Processing Style. *Child Development*, 63: 1321-1335. doi:10.1111/j.1467-8624.1992.tb01697.x