

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Envolvimento Parental na Terapia Cognitivo Comportamental em Crianças com
Perturbações de Ansiedade: caracterização e seus determinantes**

Inês Cabugueira Custódio dos Santos

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Envolvimento Parental na Terapia Cognitivo Comportamental em Crianças com
Perturbações de Ansiedade: caracterização e seus determinantes**

Inês Cabugueira Custódio dos Santos

Dissertação orientada por Doutora Ana Isabel de Freitas Pereira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2013

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos a todos os que me acompanharam ao longo desta caminhada e que contribuíram para que este trabalho fosse possível.

À minha orientadora, Professora Ana Isabel Pereira pelo constante apoio e transmissão de conhecimento que sempre me motivou a procurar, saber e escrever mais,

À Dr.^a Ana Rita Goes, à Teresa e à Vanessa, equipa de investigação sempre disponível a ajudar e incentivar nos momentos de maiores dúvidas,

À Doutora Luísa Barros, que contribuiu em muito para o meu crescimento nestes dois anos de mestrado,

Aos meus amigos. Todos eles: os que, por uma razão ou por outra, ficaram e os que por todas as razões continuam e partilharam comigo este caminho preenchido de surpresas.

À minha família, em particular ao meu pai, à minha mãe, às minhas irmãs e à Fati, que suportaram as minhas dúvidas e celebraram as minhas conquistas. Esta é mais uma, meninos!

Ao Luís, crítico, corretor e colaborador do meu trabalho. Companheiro de horas perdidas, a ti te devo o último ponto final desta caminhada.

Por fim, a todos aqueles que de uma maneira ou de outra acreditaram em mim,

O meu Muito Obrigada!

RESUMO

Enquadramento: A Terapia Cognitivo Comportamental tem sido apontada como a mais eficaz na intervenção com crianças ansiosas. A forma como os pais são envolvidos no processo tem sido alvo de diversos estudos que procuram verificar as diferenças eficácia terapêutica, face aos diferentes tipos de envolvimento parental. O presente estudo tem por objetivo caracterizar o envolvimento parental na terapia cognitivo comportamental com crianças ansiosas analisando os seus determinantes. **Metodologia:** Participaram neste estudo 54 crianças com idades compreendidas entre os 8 e 12 anos e os respetivos progenitores. A avaliação dos determinantes do envolvimento parental e do envolvimento parental realizada pelos seguintes instrumentos: Brief Symptom Inventory – BSI; Escala de Interferência de Ansiedade na Vida da Criança – EIAV; Questionário de Envolvimento Parental durante a Intervenção; Item único de Expectativas Parentais; Questionário Sociodemográfico. **Resultados:** A análise dos resultados demonstra: 1) Não existem associações estatisticamente significativas entre os Índices de Psicopatologia Parental e o envolvimento dos pais; 2) As “Expectativas Parentais de Eficácia” e a “Perceção de Impacto da Patologia” revelam uma relação estatisticamente significativa de magnitude moderada com o envolvimento parental; 3) Existem diferenças significativas entre os grupos da variável sociodemográfica “Nível Socioeconómico” quanto ao nível de envolvimento parental; 4) Existem relações magnitude média e elevada entre o fator avaliado pelo clínico “Barreiras ao tratamento, experienciadas pelos pais” e o envolvimento parental; 5) Após o término da intervenção, 85,5% das crianças apresentaram melhorias clínicas avaliadas pelo clínico; 6) observa-se uma relação estatisticamente significativa de elevada magnitude entre a Melhoria Clínica e o envolvimento parental. **Conclusões:** Os resultados deste estudo sugerem que “Expectativas Parentais de Eficácia”; a “Perceção de Impacto da Patologia”; o “Nível Socioeconómico”; o “Número de Barreiras ao Tratamento”, influenciam o envolvimento dos pais na terapia. Por fim, o envolvimento parental na intervenção está associado a um nível mais elevado de melhorias clínicas nas crianças.

Palavras-Chave: Terapia Cognitivo Comportamental; Ansiedade; Envolvimento Parental

ABSTRACT

Background: The Cognitive Behavioral Therapy has been identified as the most effective intervention with anxious children. The way parents are involved in the process has been the subject of several studies that seek to verify the differences in therapeutic efficacy, given the different types of parental involvement. The present study aims to characterize parental involvement in cognitive behavioral therapy with anxious children analyzing their determinants. **Methodology:** Fifty-four children aged between 8 and 12 and their respective parents participated in this study. In order to evaluate the determinants of parental involvement, several instruments were used: "Brief Symptom Inventory – BSI"; "Interference of the Child's Anxiety Scale"; "Parental Involvement Questionnaire"; "Single Item Parental Expectations"; "Sociodemographic Questionnaire". **Results:** The results show: 1) There are no statistically significant associations between "Parental Psychopathology" and parental involvement; 2) "Parental Expectations of Effectiveness" and "Perceived Impact of Pathology" reveal a statistically significant relationship of moderate magnitude with parental involvement, 3) There are significant among the groups in sociodemographic variable "socioeconomic level" on the level of parental involvement; 4) There are medium and high magnitude relations between the factor assessed by the clinician "Barriers to treatment experienced by parents" and parental involvement; 5) After the intervention, 85.5% of the children had clinical improvement, assessed by the clinician; 6) there is a statistically significant relationship of high magnitude between Clinical Improvement and parental involvement. **Conclusions:** The results of this study suggest that "Parental Expectations of Effectiveness"; "Perceived Impact of Pathology"; "Level Socioeconomic", "Number of Barriers to Treatment", influence the levels of parental involvement in therapy. Finally, the parental involvement in therapy is associated with a higher level of clinical improvements in children.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Anxiety, Parental Involvement

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Escala de Melhoria Clínica.....	69
--	----

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO.....	ii
ABSTRACT	iii
ÍNDICE DE ANEXOS	iv
ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS	vii
INTRODUÇÃO	1

CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Terapia Cognitivo Comportamental com crianças	3
2. Pais na TCC-C	3
2.1. Envolvimento Parental na TCC-C.....	4
2.1.1. Determinantes do Envolvimento Parental	14

CAPÍTULO II - CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. Introdução.....	25
2. Objetivos Específicos.....	25
3. Metodologia.....	26
3.1. Desenho da Investigação.....	26
3.2. Amostra.....	26
3.3. Medidas e Instrumentos de Avaliação	30
3.3.1. Psicopatologia Parental – Brief Symptom Inventory - BSI (Derogatis, 1975)....	30
3.3.2. Percepção de Impacto/Interferência – Children's Anxiety Life Interference Scale – CALIS (Lyneham, Abbott, Rapee, Tolin, Carlson & Hudson, 2011) – versão para pais.	31
3.3.3. Variáveis Sociodemográficas	31

3.3.4. Envolvimento Parental – Questionário de envolvimento parental durante a intervenção psicoterapêutica com a criança. (Pereira & Barros, no prelo).....	32
3.3.5. Expectativas Parentais – Item único de Expectativas Parentais em relação ao programa de intervenção (Pereira & Barros, no prelo).....	32
3.4. Procedimento de Recolha de Dados	33
3.4.1. Programa Amigos para a Vida.....	36
3.5. Procedimentos de Análise Estatística	37
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	
1. Caracterização do envolvimento parental na terapia cognitivo comportamental com crianças ansiosas – Programa Amigos para a Vida	39
2. Analisar a relação entre as variáveis parentais (índices de psicopatologia (ansiedade e depressão dos pais); percepção de impacto da doença na vida familiar; expectativas em relação à eficácia da intervenção), e o envolvimento parental.	43
3. Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o envolvimento dos pais na terapia com a criança.....	46
4. Analisar a relação entre o número identificado pelo clínico de barreiras ao tratamento, experienciadas pelos pais e o envolvimento dos pais na terapia	48
5. Analisar a relação entre a Melhoria Clínica da criança no momento imediatamente após o término da terapia e o envolvimento parental durante o processo de intervenção.	50
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DE RESULTADOS	52
CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

QUADROS

Quadro 1 - Caracterização das variáveis Sociodemográficas das Crianças.	27
Quadro 2 - Caracterização das Variáveis Sociodemográficas dos Pais.	27
Quadro 3 - Diagnóstico Principal e Interferência.	28
Quadro 4 - Diagnóstico Principal e Secundário.....	29
Quadro 5 - Caracterização da subdimensão Comunicação com o Clínico.....	39
Quadro 6 - Caracterização da subdimensão Participação nas Sessões para pais.....	39
Quadro 7 - Caracterização da subdimensão Participação nas tarefas de Exposição.....	40
Quadro 8 - Caracterização da subdimensão Participação em outras Tarefas.	40
Quadro 9 - Classificação do Envolvimento Parental.	41
Quadro 10 - Classificação do Envolvimento Parental e Condições Restritivas.	42
Quadro 11 - Caracterização da dimensão Envolvimento Parental.....	43
Quadro 12 - Caracterização da variável Psicopatologia Parental.	44
Quadro 13 - Caracterização da variável Expectativas de Eficácia.....	44
Quadro 14 - Correlações de Spearman entre as variáveis parentais e o total do envolvimento parental.....	45
Quadro 15 – Comparação do envolvimento parental na terapia com a criança em função das variáveis sociodemográficas – Teste de Mann-Whitney.	46
Quadro 16 - Comparação entre grupos de Nível Socioeconómico (Baixo, Médio, Elevado) e Total Envolvimento – Teste de Kruskal-Wallis.	47
Quadro 17 - Comparação entre grupos de Nível Socioeconómico (Baixo, Médio, Elevado) e Total Envolvimento – Teste Mann-Whitney.	47
Quadro 18 – Frequência do tipo de Barreiras identificadas.	48
Quadro 19 - Caracterização da variável Número de Barreiras.	48
Quadro 20 - Correlações de Spearman entre a variável Número de Barreiras e o Envolvimento Parental (subdimensões e total).	49
Quadro 21 - Caracterização da variável Melhoria Clínica.	50
Quadro 22 - Correlações de Coeficiente ρ de Spearman entre a variável Melhoria Clínica e a variável Envolvimento Parental.	50
Quadro 23 - Comparação entre dois grupos de Melhoria Clínica (houve melhoria/não houve mudança) e a variável Envolvimento Parental.....	51

FIGURAS

Figura 1 - Barreiras ao Tratamento (Kazdin, Holanda, & Crowley, 1997)	16
Figura 2 - Modelo Atribucional (Weiner, 1980).....	20

*Aos meus pais
que sempre se envolveram incondicionalmente.*

INTRODUÇÃO

Este trabalho resulta da investigação conducente à realização da dissertação de tese de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde submetida à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Encontra-se integrado num projeto de investigação mais alargado, Projeto CATCh, conduzido por investigadores da instituição que tem como objetivo a identificação de mediadores e moderadores da mudança terapêutica em crianças com perturbação de ansiedade.

A terapia cognitivo comportamental tem sido apontada como a intervenção mais eficaz no tratamento de crianças ansiosas (Kubiszyn, Carlson & DeHay, 2005). Existem diversas formas como os pais podem ser integrados na terapia, que requerem diferentes níveis de envolvimento. As diferenças dos resultados da intervenção face aos diferentes níveis de envolvimento têm sido amplamente estudados, não se verificando, no entanto, consistência nas conclusões relativas aos benefícios de integrar os pais na terapia da criança como clientes ao invés de intervir apenas com a criança. Poucos dos estudos efetuados se debruçam sobre os determinantes deste envolvimento, focando-se apenas no seu benefício para a melhoria clínica das crianças.

Tomando em consideração o estado da arte referente a esta temática, considerou-se pertinente caracterizar o envolvimento parental na terapia cognitivo comportamental com crianças ansiosas, averiguando os seus possíveis determinantes. Pretende-se analisar a existência, ou não, de associações entre o envolvimento parental e diversos fatores: parentais e sociodemográficos.

Para a realização deste estudo, foi aplicado a uma amostra de crianças, com perturbações de ansiedade, um programa cognitivo comportamental denominado por Programa Amigos Para a Vida. Durante a intervenção os dados foram recolhidos com o recurso a diversos instrumentos que possibilitaram as conclusões efetuadas. Espera-se com o presente estudo contribuir para a extensão do conhecimento desta temática, permitindo caracterizar o envolvimento parental e conhecer os seus determinantes, ajudando os profissionais no controlo de algumas dessas causas, promovendo assim, um maior nível de participação dos pais na terapia.

Este trabalho divide-se em cinco capítulos: o Capítulo I dedica-se à apresentação da literatura relativa à temática em estudo. Neste capítulo estão integrados os estudos relevantes à compreensão do estado da arte em relação ao foco do estudo. O Capítulo II destina-se à conceptualização do estudo empírico, e integra a apresentação dos objetivos do estudo, a caracterização da amostra, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos dessa recolha. O Capítulo III, também correspondente ao estudo empírico, apresenta e analisa os resultados estatisticamente obtidos, que se descrevem de acordo com os objetivos específicos delineados. No Capítulo IV, os principais resultados da investigação são apresentados e discutidos com base na revisão de literatura efetuada. Por fim o Capítulo V, destina-se às considerações finais do estudo que englobam não só os contributos do estudo como também as principais conclusões extraídas do mesmo, apresenta algumas limitações encontradas durante a realização da investigação e ainda sugere pistas para futuras investigações.

CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Terapia Cognitivo Comportamental com crianças

A Terapia Cognitivo Comportamental em crianças (TCC-C) com perturbações de ansiedade tem sido apontada como a abordagem psicoterapêutica mais eficaz com este tipo de população (Kubiszyn, Carlson & DeHay, 2005), apresentando resultados satisfatórios no que diz respeito à diminuição quer dos sintomas, quer das sequelas inerentes a esta perturbação (Barrett, Duffy, Dadds & Rapee, 2001; Kendall, Safford & Flanner-Schroeder, 2004).

Resultados de ensaios clínicos randomizados demonstraram que a TCC-C reduz significativamente (50 a 80 %) a ansiedade de crianças e jovens (Barrett, Dadds & Rapee, 1996; Kendall & Sugarman, 1997; Walkup, Albano, Piacentini, Birmaher, Compton & Sherrill, 2008).

Baseada em teorias cognitivas, esta abordagem integra metodologias de reestruturação cognitiva, modelagem, e desenvolvimento de competências sociais (Beck & Emery, 1985; Ellis, 1962). Focando a intervenção no auto discurso e nas estratégias de resolução de problemas, Meichenbaum e Goodman (1971) e D'Zurilla e Goldfried (1971), evidenciam a importância da TCC na promoção do desenvolvimento de estratégias pessoais de confronto e de domínio dos processos emocionais e cognitivos.

A TCC com crianças ansiosas promove o desenvolvimento da sensação de controlo e domínio que a criança tem sobre a ansiedade. Esta intervenção permite à criança, perante situações ansiogénicas, reconhecer sentimentos e reações somáticas, clarificar as cognições associadas a estas situações e desenvolver um plano para lidar com as situações através da modificação do auto discurso e da utilização de ações de confronto mais efetivas (Podell & Kendall, 2011).

2. Pais na TCC-C

Com o objetivo de melhorar a resposta à intervenção, estudos têm examinado vários componentes e modalidades de tratamento, como por exemplo, o formato de intervenção em grupo, a estruturação do tratamento em módulos e o envolvimento parental na intervenção (Berman, Weems, Silverman & Kurtines, 2000; Barrett *et al.*, 2001, Podell & Kendall, 2011).

2.1. Envolvimento Parental na TCC-C

Kendall (2000) descreve três formas como os pais podem ser envolvidos na terapia com crianças: como consultores, como colaboradores e como co clientes.

Como consultores, os pais envolvem-se de forma mais limitada, na medida em que funcionam, apenas, como informadores, fornecendo ao terapeuta importantes dados relativos à criança e à natureza da ansiedade da mesma.

Como colaboradores, os pais ajudam na concretização de alguns componentes do tratamento. Por exemplo, pais como colaboradores podem implementar tarefas de exposição em diferentes contextos (por exemplo, casa e escola), estimular a criança na utilização de estratégias, ou ainda monitorizar os seus comportamentos. Neste sentido, o envolvimento parental é descrito por Silverman e colaboradores (1999) como parte de um processo de transmissão de competências e conhecimentos especializados do terapeuta para os pais e crianças.

Os programas que exigem este nível de envolvimento apresentam, por norma, duas a três sessões direcionadas aos pais, que têm como objetivo esclarecer a forma como os pais devem participar nas diferentes componentes da intervenção e informá-los sobre as técnicas e estratégias a serem desenvolvidas durante a mesma. A intervenção direciona-se apenas para criança, não focando, diretamente, os problemas individuais dos progenitores.

Finalmente, os pais podem ser incluídos, na intervenção, como co clientes. Pais de crianças ansiosas, podem adotar comportamentos que contribuem para o desenvolvimento e manutenção dos sintomas de ansiedade da criança (Ginsburg, Schlossberg 2002; Suveg, Roblek, Robin, Krain, Aschenbrand, Ginsburg, 2006) e, portanto, a inclusão dos pais como co clientes, pode incentivá-los a desenvolver e implementar planos de gestão desses comportamentos. Esta forma de intervenção apresenta não só sessões direcionadas para a criança, como, também, sessões de treino parental. A intervenção que se foca não só na criança como nos pais, incluindo-os como co clientes pode-se, assim, designar-se por Terapia Cognitivo Comportamental Familiar (TCC-F).

Como supra referido, a TCC-F incorpora os pais na intervenção, fornecendo sessões direcionadas apenas a estes com o objetivo de desenvolver estratégias de gestão do comportamento da criança, gestão da ansiedade parental, capacidade de comunicação e estratégias de resolução de problemas (Barrett, Dadds, & Rapee, 1996). Embora a TCC-C esteja focada apenas na criança, e por isso não pressuponha este nível de participação dos pais na intervenção, é importante referir que os pais estão sempre envolvidos no processo, na medida em que são importantes fontes de informação e são responsáveis pelo transporte da criança até à intervenção, sendo também incluídos nos treinos de competências e tarefas realizadas.

Na TCC-F, os pais são envolvidos na lógica do tratamento, tornando-se, assim, capazes de incentivar os seus filhos na aquisição de estratégias mais apropriadas. O processo de transferência de competências, adquiridas pela criança no contexto clínico, para as situações do dia-a-dia, pode ser facilitado pelos pais, que são, conseqüentemente, incentivados a reavaliar as suas perceções e expectativas em relação à criança (Stallard, 2006). Por este motivo, vários autores consideram e incorporam a importância das influências dos pais na terapia (Kendall & Panichelli-Mindel, 1995; Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 2000).

Diversos estudos têm comparado os resultados obtidos na TCC-C e na TCC-F, procurando verificar qual a intervenção que promove melhorias clínicas mais satisfatórias (Stallard, 2006).

Relativamente à ansiedade, diversos estudos têm demonstrado os benefícios do envolvimento parental na terapia, quer esta seja apenas focada na criança, em que os pais são incluídos como colaboradores, quer seja focada tanto na criança como nos pais, onde os pais são também alvo de intervenção (TCC-F).

Barrett e colaboradores (1996) desenvolveram um estudo com 79 crianças e respetivos progenitores. As crianças incluídas no estudo tinham idades compreendidas entre os 7 e os 14 e cumpriam os critérios necessários ao diagnóstico de perturbação de ansiedade (ansiedade generalizada; ansiedade de separação; fobia social). A amostra foi aleatoriamente distribuída por três grupos: grupo de controlo, sem intervenção; grupo de intervenção TCC-C (envolvimento dos pais como colaboradores), e grupo de intervenção TCC-F (envolvimento dos pais como co clientes). Ao grupo de intervenção focada apenas na criança (TCC-C) foi

aplicado, individualmente, um programa cognitivo comportamental, estruturado em 12 sessões (*Coping Koala Workbook*, Barrett, Dadds & Rapee, 1991) com duração aproximada de 60 a 80 minutos por sessão. O mesmo programa foi utilizado no grupo de intervenção TCC-F, ao qual, adicionalmente, foi aplicado o programa FAM (*Family Anxiety Management*, Barrett *et al.* 1991). Este programa foi concebido pelos autores com o objetivo de estruturar um treino parental orientado para o desenvolvimento de estratégias adequadas para lidar com os comportamentos dos filhos, como, por exemplo, o reforço e estimulação de atitudes de confronto; o desenvolvimento de estratégias de gestão da própria ansiedade e ainda o desenvolvimento de formas de comunicação mais adequadas. As sessões direcionadas ao FAM incluíram a participação não só dos pais, como das crianças, e foram aplicadas individualmente.

A avaliação dos resultados das intervenções baseou-se em medidas de autorrelato tanto das crianças como dos pais e escalas preenchidas pelo clínico. No final da intervenção, 84% das crianças incluídas no grupo TCC-F não cumpriam critérios ao diagnóstico de ansiedade, enquanto que o grupo TCC-C apresentou um menor decréscimo de crianças com ansiedade (57%). No follow-up de 12 meses, a TCC-F manteve resultados superiores, no que toca a crianças sem diagnóstico de ansiedade (96%) quando comparada com a TCC-C (70%). Relativamente às escalas dos clínicos, a TCC-F, comparativamente com a TCC-C, apresentou melhores resultados no que respeita ao nível da disrupção familiar causada por comportamentos da criança e da capacidade dos pais em lidar com os comportamentos dos filhos. No follow-up de 6 e 12 meses, a TCC-F manteve melhores resultados nas escalas (Funcionalidade Geral; Ansiedade; Comportamentos de Evitamento e Habilidade de Confronto), preenchidas pelos clínicos. Em relação às escalas de autorrelato, quando comparado com o grupo de controlo, ambos os grupos de intervenção obtiveram melhores resultados. No entanto, no follow-up de 6 e 12 meses, os resultados da TCC-F nas escalas “Internalização” e “Externalização” contempladas no CBCL (*Child Behaviour Checklist*) mantiveram-se mais baixos, quando comparados com a TCC-C.

Num outro estudo, Barrett (1998) analisou uma amostra de 60 crianças, com idades compreendidas entre os 7 e os 14 anos, e seus progenitores. O desenho desta investigação foi idêntico ao estudo anteriormente realizado (Barrett *et al.* 1996), tendo sido apenas alterado o formato do programa *Coping Koala*, anteriormente administrado individualmente, para o formato *Coping Koala*, aplicado em grupo (*Coping Koala Group Workbook*, Barrett, 1995a).

Os resultados deste estudo são também idênticos: no follow-up de 6 e 12 meses, a TCC-F obteve melhores resultados do que a TCC-C, tanto nas escalas clínicas, como nas escalas de autorrelato.

Interessado na utilização de estratégias de confronto de crianças com ansiedade, Mendlowitz e colaboradores (1999) analisaram um grupo de 62 crianças, de idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos, com diagnóstico principal de ansiedade. Esta amostra foi distribuída aleatoriamente em três grupos: TCC-C, TCC-F e, ainda, terapia cognitivo-comportamental focada apenas nos pais (TCC-P). A intervenção consistiu em 12 sessões semanais, cada uma com duração de 90 minutos. Os resultados da avaliação pós-tratamento revelam que os três grupos apresentam uma diminuição dos sintomas de ansiedade autorrelatados, tanto nas escalas direcionadas para a criança, como naquelas direcionadas para os pais. Os pais incluídos na TCC-F e na TCC-P identificaram melhorias ao nível da redução da sintomatologia das crianças após a intervenção; as crianças inseridas nestes dois grupos relataram um maior uso das estratégias de confronto, quando comparadas com as crianças inseridas na intervenção TCC-C. Assim, os autores demonstram a relevância do impacto do treino parental, não só na melhoria clínica da criança como também na utilização de estratégias de confronto. Consequentemente e uma vez que o treino parental não se aplica à TCC-C, os autores defendem os benefícios do envolvimento dos pais na terapia, como co clientes.

Com o objetivo de demonstrar os benefícios do envolvimento dos pais na TCC-C como colaboradores, Toren *et al.* (2000) realizaram um estudo abrangendo 24 crianças, de idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos, com diagnóstico de perturbação de ansiedade e os seus pais. A terapia consistiu na aplicação de um programa estruturado em 10 sessões com duração aproximada de 60 minutos por sessão (Toren *et al.*, 1998). Estas sessões eram realizadas em grupo e incluíam crianças e pais. Uma vez que a intervenção se focava na criança, exigindo o envolvimento dos pais apenas como colaboradores, estes participavam nas sessões não beneficiando, no entanto, de treino parental. Uma semana após o término da intervenção, cerca de 70% crianças não cumpriam os critérios de perturbação de ansiedade. Um ano após a intervenção, os sintomas de ansiedade continuaram a decrescer e no *follow-up* de 3 anos a percentagem de crianças sem diagnóstico de ansiedade subiu significativamente (91%). Os resultados demonstram o importante papel dos pais na terapia com a criança, na

medida em que, segundo os autores, os pais, por participarem nas sessões, sentiam-se mais motivados a estimular comportamentos adequados dos seus filhos.

Num estudo mais recente, Podell e Kendall (2011) realizaram uma intervenção com um grupo de 45 crianças, de idades compreendidas entre os 9 e os 13 anos, diagnosticadas com perturbações de ansiedade (ansiedade de separação, ansiedade generalizada e fobia social) e respetivos progenitores. Os sujeitos foram distribuídos em três grupos: intervenção TCC-C (envolvimento dos pais como colaboradores), intervenção TCC-F (envolvimento dos pais como co clientes) e grupo de controlo, sem intervenção. Ao grupo de intervenção TCC-C foi aplicado um programa estrutura em 16 sessões com duração aproximada de 60 min, por sessão (*Coping Cat*, Kendal & Hedtke, 2006). O mesmo programa, adaptado para a administração em família, foi aplicado no grupo de TCC-F. A forma adaptada do programa *Coping Cat*, consistia em 14 sessões, em que a criança e os pais, participavam em conjunto, e 2 sessões em que o clínico se reunia ou apenas com os pais, ou apenas com a criança. As sessões em família tinham como objetivo não só trabalhar com a criança, como também com os pais, alterando crenças parentais não-adaptativas em relação à criança, ensinando respostas mais adequadas aos comportamentos ansiosos dos filhos e, ainda, desenvolvendo, em conjunto com a criança, formas de comunicação mais claras.

Relativamente aos resultados destas intervenções, a TCC-F superou a TCC-C, já que apresentou valores mais baixos nas escalas “Externalização” e “Internalização”, contempladas na medida de autorrelato dos pais utilizada (CBCL). Os valores da medida de autorrelato de ansiedade das crianças (MASC) foram mais baixos no grupo de intervenção TCC-F do que no grupo de intervenção TCC-C.

Os resultados verificados nestes estudos não são, no entanto, consensuais com outras investigações, em que se não encontraram diferenças significativas entre os resultados de TCC-F e da TCC-C. Por exemplo, Spence e colaboradores (2000) realizaram um estudo com 50 crianças entre os 4 e os 14 anos, com diagnóstico principal de fobia social. Esta amostra foi distribuída, aleatoriamente, em três grupos: TCC-C, TCC-F e grupo de controlo, sem intervenção. Ao grupo de TCC-C foi aplicado um programa cognitivo comportamental composto por 12 sessões semanais de duração aproximada de 60 minutos. Este programa, tinha como objetivos o desenvolvimento de estratégias de confronto, o treino de competências sociais e, ainda, o treino de técnicas de relaxamento. A intervenção com o grupo TCC-F

incluía não só a aplicação deste mesmo programa, como também 12 sessões de treino parental, direcionadas apenas para o grupo de pais. Neste grupo de intervenção, a participação dos pais não se resumia às sessões de treino parental: os pais observavam, através de vidro de sentido único, as 12 sessões do programa aplicado as crianças. Nas sessões de treino parental, o conteúdo visionado ao longo das sessões da criança era discutido entre pais e o clínico.

Após as 12 semanas previstas, compararam-se os resultados obtidos. Relativamente ao grupo de controlo os grupos TCC-C e TCC-F apresentaram melhores resultados no que respeita ao número de criança sem diagnóstico: grupo de controlo 7%, TCC-C 87% e TCC-F 58%. Embora exista uma diferença entre a percentagem de crianças sem diagnóstico no grupo TCC-C e a percentagem de crianças sem diagnóstico no grupo TCC-F, esta diferença não foi significativa. No que respeita ao nível de ansiedade reportada pelas crianças, avaliado através de outras medidas clínicas, existe uma melhoria dos resultados em ambos os grupos de intervenção, não se verificando, no entanto, diferenças significativas entre estes.

Os resultados relativos às competências sociais das crianças avaliadas pelos pais e pelo clínico, demonstram que, nos dois grupos de intervenção, existem melhorias na utilização destas competências por parte das crianças. No entanto, comparando as melhorias relatadas entre o grupo TCC-C e TCC-F, não se verificam diferenças significativas entre os dois grupos de intervenção. Nos dois momentos posteriores de avaliação (6 meses e 12 meses), a ausência de diferenças entre os resultados dos dois grupos de intervenção manteve-se no que respeita ao número de crianças sem diagnóstico de ansiedade ou fobia social e aos níveis de ansiedade reportados pelas crianças. No follow-up de 12 meses, os pais de ambos os grupos de intervenção reportaram melhorias na utilização de competências sociais, quando comparados com os resultados da avaliação pré-tratamento. No entanto, embora estas melhorias fossem maiores no grupo TCC-F, quando comparado com o grupo TCC-C, as diferenças não eram significativas. Os autores concluem que não existem diferenças significativas entre a intervenção focada na criança e a intervenção focada na criança e nos pais.

Um outro estudo (Nauta, Scholing, Emmelkamp & Minderaa, 2003) analisou um grupo de 79 indivíduos, com idades compreendidas entre os 7 e 18 anos, com diagnóstico de ansiedade, e respetivos pais. A amostra foi dividida aleatoriamente por dois grupos: grupo de TCC-C e grupo de TCC-F. À semelhança do estudo de Barrett (1996; 1998), a intervenção do grupo de TCC-C consistia na aplicação do programa *Coping Cat* (Kendal & Hedtke, 2006)

adaptado para a população alemã. Ao invés das 16 sessões contempladas no programa original, esta adaptação apresenta apenas 12 sessões com a duração de 90 minutos, cada. O grupo de TCC-F beneficiou não só da aplicação do programa como também de um programa de CPT (*Cognitive Parental Training*). Este programa, construído no âmbito da investigação, tinha como objetivo estruturar o treino parental em 12 sessões que decorriam em paralelo às sessões das crianças. Ao contrário de Barrett (1996;1998), os autores não encontraram benefícios significativos da TCC-F, isto é, na avaliação após o tratamento o número de crianças sem diagnóstico era de 44% no grupo TCC-C e apenas 11% no grupo TCC-F. Embora os níveis de ansiedade da criança autorrelatados pelos pais tenham diminuído, quer no grupo TCC-C como no grupo TCC-F, não se verificam diferenças significativas entre os resultados de ambos os grupos. No follow-up de 3 meses, a diferença do número de crianças sem diagnóstico entre os dois grupos de intervenção (TCC-C 88%; TCC-F 71%) não foi significativa e estes resultados mantiveram-se no follow-up de 12 meses (TCC-C % 78; TCC-F 61%). Os níveis de ansiedade da criança, autorrelatados pelos pais, no *follow-up* de 12 meses, mantiveram-se baixos, quando comparados com a avaliação pré-tratamento, não se verificando uma diferença significativa entre os dois grupos de intervenção.

Como referido, o programa *Coping Cat* prevê o envolvimento dos pais como colaboradores. Estes são incentivados, ao longo do programa, a implementar, em diferentes contextos, tarefas de exposição para os seus filhos. Os autores deste estudo utilizam a participação dos pais no programa para explicar os resultados obtidos. Segundo os autores, embora os pais do grupo de intervenção, que estava focado apenas nas crianças (TCC-C), não tivessem beneficiado de sessões de treino parental, e, não tivessem sido alvos diretos de intervenção, estes tinham estado em constante contacto com as crianças. Segundo os autores, esse contacto funciona, ao longo do processo, como treino parental, uma vez que ao produzir tarefas de exposição e incentivando as crianças a desenvolver estratégias de confronto, os pais estão, eles próprios, a ser alvo de intervenção, reestruturando estratégias e crenças associadas à criança e à patologia.

Por fim Cobham e colaboradores (1998) estudaram o impacto dos níveis de ansiedade parental na eficácia da TCC-C e TCC-F num estudo realizado com 67 crianças ansiosas, de idades compreendidas entre os 7 e os 14 anos, e os seus progenitores. De forma a compreender o impacto da ansiedade parental nos resultados da TCC-C e da TCC-F, a ansiedade dos pais foi também alvo de intervenção. De acordo com o nível de ansiedade

parental avaliada, a amostra foi distribuída em dois grupos principais: apenas criança ansiosa (CA) e criança e pais ansiosos (CPA). Dentro de cada grupo constituíram-se dois subgrupos: TCC-C e TCC-F, obtendo-se quatro grupos de intervenção: i) grupo de intervenção focada na criança, em que apenas a criança apresenta diagnóstico de ansiedade (TCC-C CA), ii) grupo de intervenção focada tanto na criança como nos pais em que apenas a criança apresenta ansiedade (TCC-F CA), iii) grupo de TCC-C em que a criança apresenta diagnóstico de ansiedade e os seus pais elevados níveis da mesma patologia (TCC-C CPA), e iv) grupo de TCC-F em que a criança apresenta diagnóstico de ansiedade e os seus pais níveis elevados da mesma patologia (TCC-F CPA). Aos dois grupos de intervenção TCC-C foi aplicado um programa cognitivo comportamental estruturado em 10 sessões. Na intervenção TCC-F, aos dois grupos TCC-F CA e TCC-F CPA, foram realizadas, para além deste programa, 4 sessões de treino parental, em que apenas participavam os pais.

Na avaliação após o término do tratamento, verificou-se que em relação ao número de crianças sem diagnóstico, a TCC-F (77%) superava a TCC-C (39%), mas apenas quando os pais apresentavam elevados níveis de ansiedade. Os autores explicam esta diferença significativa referindo a maior desadequação das estratégias e das expectativas apresentadas pelos pais com elevados níveis de ansiedade, isto é, nas sessões de treino parental com pais ansiosos, o trabalho era mais incisivo e as alterações das estratégias e das crenças parentais eram mais visíveis, quando comparadas com o grupo de pais sem níveis de ansiedade elevada. No entanto, esta diferença diluiu-se ao longo do tempo, chegando a não ser significativa no follow-up 6 e 12 meses (TCC-F 71%; TCC-C 44%). Esta diminuta diferença de resultados entre os grupos é explicada pelos autores através da falta de manutenção dos efeitos do treino parental.

Relativamente aos níveis de ansiedade da criança, avaliados através de medidas de autorrelato preenchidas pelos pais (CBCL), verifica-se que os pais incluídos na intervenção TCC-C, independentemente de apresentarem elevados níveis de ansiedade, revelam valores mais baixos, tanto na escala “Internalização”, como “Externalização”, quando comparados com os pais que se envolveram na terapia como co clientes e que, por isso, beneficiaram de treino parental. Para explicar estes resultados, os autores fazem notar que os pais participantes nas sessões de treino parental, quando comparados com os pais que não participaram nas sessões de treino, desenvolveram um alerta mais sensível aos comportamentos dos seus filhos,

reportando-os com maior frequência, estando, mais atentos a esses mesmos comportamentos, justamente pela sua participação nas sessões de treino.

Para além das intervenções na área da ansiedade, a TCC-F tem sido igualmente utilizada em intervenções com crianças com outras patologias, como por exemplo, a depressão e o *stress* pós-traumático.

Em relação à eficácia da participação dos pais na TCC da depressão, Lewinson e colaboradores (1990) analisaram um grupo de adolescentes (14 a 18 anos) com diagnóstico de depressão. A amostra foi distribuída aleatoriamente por três grupos: TCC-C, TCC-F e grupo de controlo, sem intervenção. A ambos grupos de intervenção foi aplicado um programa cognitivo comportamental específico para a depressão. Às 14 sessões deste programa, foram adicionadas 7 sessões direcionadas apenas para os pais do grupo TCC-F. Estas sessões tinham como objetivo ajudar os pais a compreender melhor a condição dos filhos e a desenvolver estratégias de confronto perante os comportamentos dos mesmos. Estas sessões foram feitas em grupo e contaram apenas com a presença dos pais e do clínico.

A avaliação pós-tratamento revela melhorias significativas no estado do diagnóstico em ambos os grupos de intervenção (TCC-C e TCC-F). O envolvimento parental não demonstrou quaisquer melhorias adicionais, tanto no estatuto do diagnóstico, como nas medidas de autorrelato preenchidas pelos jovens. No entanto, na avaliação imediatamente após o tratamento, e comparativamente com o grupo de intervenção TCC-C, os resultados referentes aos indices de patologia da criança avaliada pelos pais através da CBCL, são mais baixos no grupo de intervenção TCC-F. Após seis meses, esta diferença deixou de ser significativa. Os autores concluíram que, ao contrário das suas expectativas, não se verificaram diferenças significativas, a longo prazo, nos resultados dos dois grupos de intervenção.

Um outro estudo (King, Tonge, Mullen, Myerson, Heyne & Rollings, 2000), procurou estudar os benefícios da inclusão dos pais como co clientes na terapia com crianças com diagnóstico de *stress* pós-traumático. A amostra de 36 criança com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos, e os seus respetivos pais, foi distribuída aleatoriamente por três grupos: grupo de controlo, sem intervenção, grupo TCC-C e grupo TCC-F. A ambos os grupos de intervenção foi aplicado um programa cognitivo-comportamental direcionado para as crianças, composto por 20 sessões de 50 minutos. Adicionalmente a este programa, os pais

incluídos no grupo de intervenção TCC-F participaram em 20 sessões de treino parental. Estas sessões tinham como objetivo desenvolver estratégias de confronto perante os comportamentos das crianças e criar formas mais adequadas de comunicação entre os elementos da família. A avaliação pós-tratamento verifica que, em relação ao grupo de controlo, quer o grupo TCC-C como o grupo TCC-F apresentam resultados mais satisfatórios no que respeita ao número de sintomas característicos desta patologia. Embora ambos grupos apresentem um menor número de sintomas, não existem diferenças significativas entre os dois grupos de intervenção. Relativamente às medidas de autorrelato, os níveis de ansiedade, depressão e medo, autorrelatos pela criança, diminuem quer no grupo TCC-C como também no grupo TCC-F, não existindo diferenças significativas entre os dois grupos de intervenção.

No *follow-up* de 12 meses, os resultados quer do número de sintomas como das escalas de autorrelato das crianças mantêm-se, quando comparados com a avaliação pós-tratamento, e as diferenças entre os grupos de intervenção não são significativas. No entanto, nas medidas de autorrelato dos pais, os níveis de medo, ansiedade e depressão da criança são inferiores no grupo TCC-F, quando comparados com o grupo TCC-C. De forma a explicar a fraca diferença de resultados entre os grupos de intervenção, os autores referem que as sessões de treino parental estavam direcionadas para os problemas das crianças, ao invés de focarem os problemas dos pais (ansiedade, depressão, stress pós-traumático) e que esse facto poderá ter influenciado as alterações de estratégias e crenças parentais.

Tomando em consideração os estudos apresentados, verifica-se que existe consistência nos resultados relativos à eficácia da intervenção cognitivo-comportamental com crianças ansiosas. Nos diversos estudos, independentemente do nível do envolvimento parental na terapia cognitivo comportamental, verificaram-se reduções significativas do número de crianças diagnosticadas com a patologia após a intervenção, diminuição da sintomatologia associada à patologia e ainda dos níveis de ansiedade e/ou depressão.

Relativamente aos benefícios do envolvimento dos pais na terapia como co clientes, os estudos demonstram existir alguma inconsistência, na medida em que focar a terapia não só na criança, como também nos pais parece não ser mais eficaz em alguns estudos (King *et al.*, 2000; Lewinson *et al.*, 1990; Nauta *et al.*, 2003; Spence, *et al.*, 2000) quando comparada com a terapia focada apenas na criança. No entanto, especialmente na intervenção com crianças ansiosas, vários estudos (Barrett *et al.*, 1996; Barrett, 1998; Cobham, *et al.*, 1998;

Mendlowitz, *et al.*, 1999; Podell & Kendall 2011; Toren *et al.*, 2000) demonstram a importância e os benefícios da TCC-F. O treino parental neste tipo de intervenção, focado nos pais e nas suas problemáticas, parece ter efeitos mais positivos, em comparação com TCC-C, no que respeita à redução dos níveis de ansiedade da criança relatados pelos pais (Barrett *et al.* 1996; Barrett, 1998; King *et al.*, 2000; Podell & Kendall 2011); à redução dos sintomas de ansiedade relatados pelas crianças (Podell & Kendall, 2011) e ainda à melhoria das estratégias de *coping* quer por parte dos pais (Barrett *et al.* 1996; Barrett, 1998), como por parte das crianças (Mendlowitz *et al.* 1999).

De uma forma geral, é possível concluir que os resultados destes estudos variam de acordo com aspetos metodológicos como por exemplo as medidas utilizadas (i.e, autorrelato das crianças; relato dos pais; entrevista de diagnóstico e escalas de avaliação), a presença ou ausência de ansiedade parental, o formato da intervenção (individual ou em grupo) e ainda a forma como esta é conduzida.

Como já referido, os pais podem envolver-se na terapia de diferentes formas, mais ou menos ativas. Os diversos estudos apresentados incluem os pais como colaboradores e co clientes, não referindo no entanto, dentro de cada forma de participação, o nível de envolvimento dos pais. Isto é, pais como colaboradores podem ser mais ou menos envolvidos na terapia, na medida em que, por exemplo podem estimular mais criança a enfrentar situações de ansiedade, monitorizando os seus comportamentos, por forma a estarem mais atentos à sua evolução, ou, ao invés, podem menosprezar a importância de tais tarefas, não se envolvendo tão ativamente no processo. Desta forma torna-se importante estudar os preditores do envolvimento dos pais, compreendendo o que os motiva, dentro da sua condição (consultor, colaborador, co cliente), a participarem mais, ou menos, na terapia das crianças.

2.1.1. Determinantes do Envolvimento Parental

A presente investigação tem como objetivo estudar alguns preditores do envolvimento parental na terapia cognitivo-comportamental com crianças ansiosas. Os preditores considerados para este estudo serão descritos e apresentadas as evidências empíricas e os modelos que os validam como determinantes na participação dos pais.

2.1.1.1. Barreiras ao Tratamento e Envolvimento Parental

Kazdin e colegas (Kazdin, Holanda, & Crowley, 1997; Kazdin, Holanda, Crowley, e Breton, 1997; Kazdin & Wassell, 1999) desenvolveram e avaliaram um modelo de barreiras ao tratamento específico para a terapia com crianças, que propõe que os obstáculos e impedimentos experienciados pela família durante o processo de intervenção podem diminuir a adesão dos pais à terapia. Ao invés de se focar exclusivamente nas problemáticas familiares, ou, inversamente, nos aspetos do terapeuta ou do tratamento, este modelo foca-se na interação entre os fatores do cliente, do terapeuta e do tratamento.

Baseado em diversas evidências empíricas, o modelo de barreiras ao tratamento estrutura-se em quatro domínios: (1) experiência de *stressores* e obstáculos à intervenção; (2) percepção da relação com o terapeuta; (3) percepção da relevância da intervenção e (4) percepção das exigências da intervenção.

O primeiro domínio, *stressores e obstáculos à intervenção* (1), refere-se aos acontecimentos relacionados com o tratamento que interferem com a participação dos pais. A conceptualização desta dimensão baseia-se na evidência de estudos anteriormente realizados (Webster-Stratton & Hammond, 1990) que classificam os *stressores* e os obstáculos logísticos experienciados pelos pais, como preditivos das adesão e envolvimento parental na terapia infantil. Os conflitos familiares são exemplos daqueles obstáculos, mais especificamente quando um elemento (pai/mãe), em contradição com o outro, se opõe ao envolvimento ou ao mesmo ao tratamento ou quando os agendamentos das sessões conflituam com os horários laborais.

O domínio *relação com o terapeuta* (2), abrange não só a aliança terapêutica, mas, também, o apoio do técnico percebido pelos pais. A inclusão deste domínio no modelo teve em consideração o estudo realizado por Connors, Carroll, DiClemente, Longabaugh e Donovan (1997) que evidencia os fatores de relacionamento terapêutico que influenciam a adesão dos pais à terapia, como, por exemplo, a empatia com o terapeuta, a percepção do mesmo como profissional competente e ainda a percepção de suporte ao longo da intervenção.

A terceira dimensão contemplada no modelo, *relevância da intervenção* (3), considera as diferenças entre as expectativas parentais sobre a eficácia do tratamento, antes de este se

iniciar, e a eficácia e importância do mesmo, relatada pelos pais durante o processo de intervenção. Um desfasamento entre as expectativas antecipatórias de eficácia e a percepção de eficácia durante a intervenção pode conduzir a níveis mais baixos de participação e envolvimento parental na terapia.

Esta dimensão foi anteriormente estudada por diversos autores (Day & Reznikoff, 1980; Furey & Basili, 1988; Plunkett, 1984) que demonstraram a influência das discrepâncias entre as expectativas de eficácia antes e durante o tratamento, no envolvimento e adesão parental ao mesmo.

Por último, a *exigência da intervenção* (4) está relacionada com a percepção do tratamento como muito difícil e exigente em relação às tarefas propostas, isto é, com a compreensão das tarefas, a dificuldade da sua execução e, ainda, com os pedidos de colaboração.

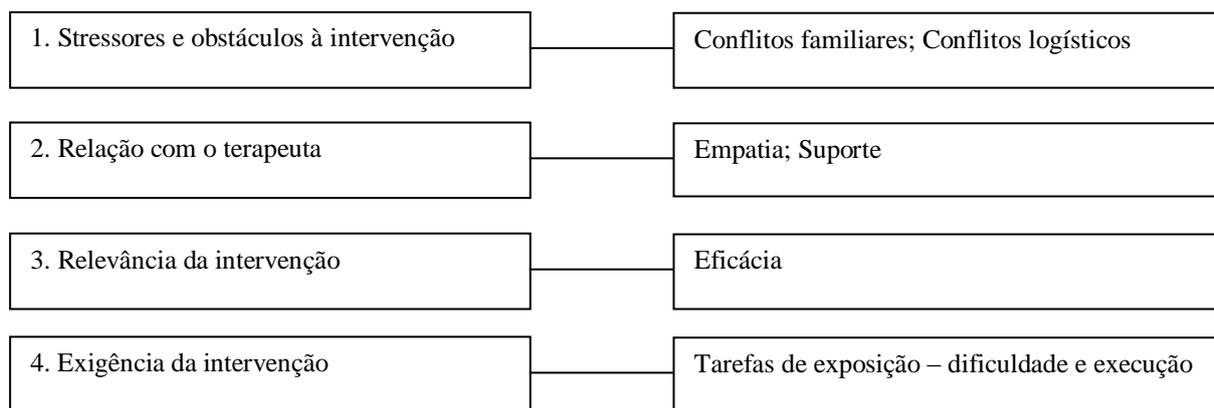


Figura 1 - Barreiras ao Tratamento (Kazdin, Holanda, & Crowley, 1997)

MacNaughton e Rodrigue (2001) sugerem que o número de barreiras percebidas pelos pais prenuncia o nível de adesão e participação parental na terapia. De acordo com esta perspectiva, vários estudos (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs & Pelham, 2004; Kazdin & Wassell, 1999; Nock & Ferriter, 2005) verificam que, quanto maior for o número de barreiras e obstáculos percebidos pelos pais, menor será a sua participação e envolvimento na terapia.

A utilização do modelo de barreiras ao tratamento na análise da adesão dos pais à terapia, desempenha um importante papel na compreensão de outros preditores de participação no tratamento, que podem contribuir não só para o fraco envolvimento parental na intervenção, como também para abandono prematuro da terapia. Fatores relacionados com a criança e com os pais, tais como o *stress* parental e psicopatologia, a percepção de severidade do diagnóstico da criança e a sua idade podem não estar diretamente relacionadas com o nível de envolvimento dos pais, mas, no entanto, podem influenciar a experiência de barreiras ao tratamento, que, em seguida, como explicado pelo modelo, influenciam a adesão parental à terapia. Por exemplo, pais de crianças com problemas comportamentais ou emocionais graves, podem ter expectativas mais reduzidas, quanto à eficácia do tratamento, ou seja, percebem a intervenção como pouco relevante (Nock & Ferriter, 2005).

Analisando este modelo, é possível verificar que existem alguns componentes que não foram considerados, como por exemplo a percepção de autoeficácia parental, isto é, a possibilidade e o impacto de os pais poderem perceber a terapia como pertinente e eficaz mas considerarem que não têm as competências necessárias de o apoiar. Outros fatores, em particular a psicopatologia parental e o impacto do diagnóstico percebido pelos pais, não são considerados pelo modelo como componentes centrais, no entanto, como adiante se verá, são fatores que desempenham um papel determinante no envolvimento dos pais na terapia.

2.1.1.2. Expectativas Parentais

A literatura sugere que as atribuições e expectativas parentais em relação à terapia influenciam três facetas do tratamento: procura de ajuda, envolvimento parental na intervenção e resultados (Morrissey-Kane, & Prinz, 1999).

Kazdin (1979) diferencia os conceitos *credibilidade do tratamento* e *expectativas face ao tratamento*. O autor refere-se à primeira conceção como a avaliação que o indivíduo faz do tratamento como sendo credível, convincente e lógico. As expectativas referem-se às melhorias que o indivíduo acredita obter através de um certo tratamento.

Nock e Kazdin (2001) definem as expectativas em relação à psicoterapia como as crenças antecipatórias que o indivíduo possui sobre a intervenção. Estas crenças podem estar relacionadas com várias facetas da terapia, como os procedimentos, os resultados, e a aptidão

do terapeuta. Segundo os autores, as expectativas do cliente influenciam, significativamente, não só a sua participação no tratamento como os resultados que dele advém.

Consistentes com esta visão, Frank e Frank (1991) e Garfield (1994) teorizam que os clientes que avaliam, antecipadamente, o tratamento como eficaz e que têm expectativas consistentes com as características da prestação do mesmo (por exemplo, requisitos e duração) estão mais propensos a envolver-se e participar na intervenção, comparativamente com os clientes que apresentam expectativas menos adequadas em relação ao tratamento.

Segundo diversos autores, as expectativas parentais em relação à eficácia e à estrutura do tratamento influenciam, significativamente, não só participação da criança na intervenção, como também o envolvimento parental na mesma (Allen & Warzack, 2000; Morrissey-Kane & Prinz, 1999; Nock *et al.*, 2007; Nock & Kazdin, 2001).

Nock e Kazdin (2001) realizaram um estudo que tinha como objetivo descrever os preditores das expectativas parentais e verificar a influência destas expectativas no envolvimento e adesão à terapia. A amostra do estudo era constituída por 405 crianças, de idades compreendidas entre os 2 e os 15 anos, e pelos respetivos pais. Antes de iniciar o tratamento, as expectativas dos pais foram avaliadas através de um questionário específico (Parent Expectancies for Therapy Scale - PETS; Kazdin & Holland, 1991). A amostra foi aleatoriamente distribuída por dois grupos: grupo TCC-C e grupo TCC-F. As crianças de ambos os grupos participaram, individualmente, em entre 20 e 25 sessões com o clínico; apenas os pais do grupo TCC-F beneficiaram semanalmente de sessões de treino parental durante 16 semanas. Relativamente aos preditores das expectativas parentais, os autores encontraram correlações significativas entre o nível socioeconómico, a idade da criança, a etnia, monoparentalidade e níveis de depressão e *stress* parental e o nível das expectativas. Níveis socioeconómicos baixos, pertencer a uma minoria étnica, a idade avançada da criança, famílias monoparentais e elevados níveis de depressão e *stress* parental, predizem baixas expectativas em relação à terapia.

De uma forma mais pormenorizada, a desvantagem socioeconómica e pertencer a uma minoria étnica estavam associadas, apenas, a baixas expectativas em relação ao nível de credibilidade da intervenção; elevados níveis de depressão e *stress* parental, estavam associados não só a baixas expectativas de credibilidade, como também a baixas expectativas

em relação à melhoria clínica da criança; e por fim, pais de crianças mais velhas reportaram expectativas baixas apenas em relação à sua melhoria clínica. Relativamente à influência das expectativas nos níveis de envolvimento parental, os autores verificaram que pais com baixas expectativas em relação à terapia experienciam mais barreiras ao tratamento e desta forma, como defendido por MacNaughton e Rodrigue (2001), o elevado número de barreiras experienciadas predizia um menor nível de envolvimento parental.

A literatura sobre psicoterapia em adultos, permite concluir que os pais que possuem elevadas expectativas de eficácia e que esperam ser envolvidos na intervenção com a criança, percebem menos barreiras ao tratamento, envolvendo-se mais ativamente no mesmo (Nock & Kazdin, 2001).

À luz destas considerações, é expectável que os pais que avaliam o tratamento como eficaz e passível de conduzir a alterações terapêuticas significativas, participem mais na intervenção. Consequentemente, este envolvimento promove mais alterações terapêuticas positivas que se traduzem em resultados mais satisfatórios (Nock & Ferriter, 2005).

Com o objetivo de verificar esta relação entre as expectativas parentais, o envolvimento dos pais na terapia e os resultados obtidos, Nock *et al.* (2006) desenvolveram um estudo com 76 pais de crianças prestes a iniciar o processo de intervenção. As crenças dos pais relativas ao tratamento foram avaliadas antes e depois da terapia. O seu nível de envolvimento, durante a intervenção, foi também alvo de consideração. Após a análise dos resultados, verificou-se que as crenças antecipatórias que os pais possuem em relação à eficácia e credibilidade do tratamento, predizem, de facto, a adesão e o envolvimento dos mesmos na terapia. Desta forma, os autores concluíram que as expectativas que os pais apresentam antes de iniciar o tratamento, têm um impacto significativo no envolvimento parental e potencialmente nos resultados da intervenção.

Relativamente aos determinantes das *expectativas parentais e credibilidade em relação ao tratamento*, vários estudos (Kazdin, Stolar & Marciano, 1995; Novick, Benson & Rembar, 1981; Sue & Zane, 1987) demonstraram que pais de famílias de minorias étnicas com um baixo nível socioeconómico, apresentam expectativas de eficácia e credibilidade de tratamento mais baixas que os restantes pais. Por seu lado, um estudo realizado por Nock *et*

al. (2006) verifica não existir relação entre as expectativas parentais e as características da criança (idade e género) e dos pais (idade, etnia e recursos).

Adicionalmente, fatores como o nível de predisposição dos pais a adotarem diferentes comportamentos, a experiência que estes obtiveram em intervenções anteriores e as suas capacidades de apreenderem novas competências, influenciam, não só as expectativas em relação ao tratamento, como também a qualidade da sua participação na terapia (Miller & Rollnick, 2002; Nock & Kazdin, 2005; Steinberg, Ziedonis, Krejci, & Brandon, 2004). Segundo Morrissey-Kane e Prinz (1999), baixas expectativas em relação à capacidade que a criança tem de melhorar o seu comportamento, diminuem a participação e o envolvimento dos pais na terapia.

Um outro conjunto de expectativas parentais que devem ser tidas em consideração refere-se às atribuições que os pais fazem em relação às causas dos comportamentos da criança e à controlabilidade da perturbação. Dentro desta temática, é pertinente referir um modelo de atribuições desenvolvido por Weiner (1980, 1985). Este modelo demonstra a relação entre atribuições, emoções, expectativas e motivação para ação. A análise do modelo permite compreender a influência que as atribuições parentais têm nas expectativas de mudança que, como realçado, determinam o envolvimento e a participação dos pais na terapia.

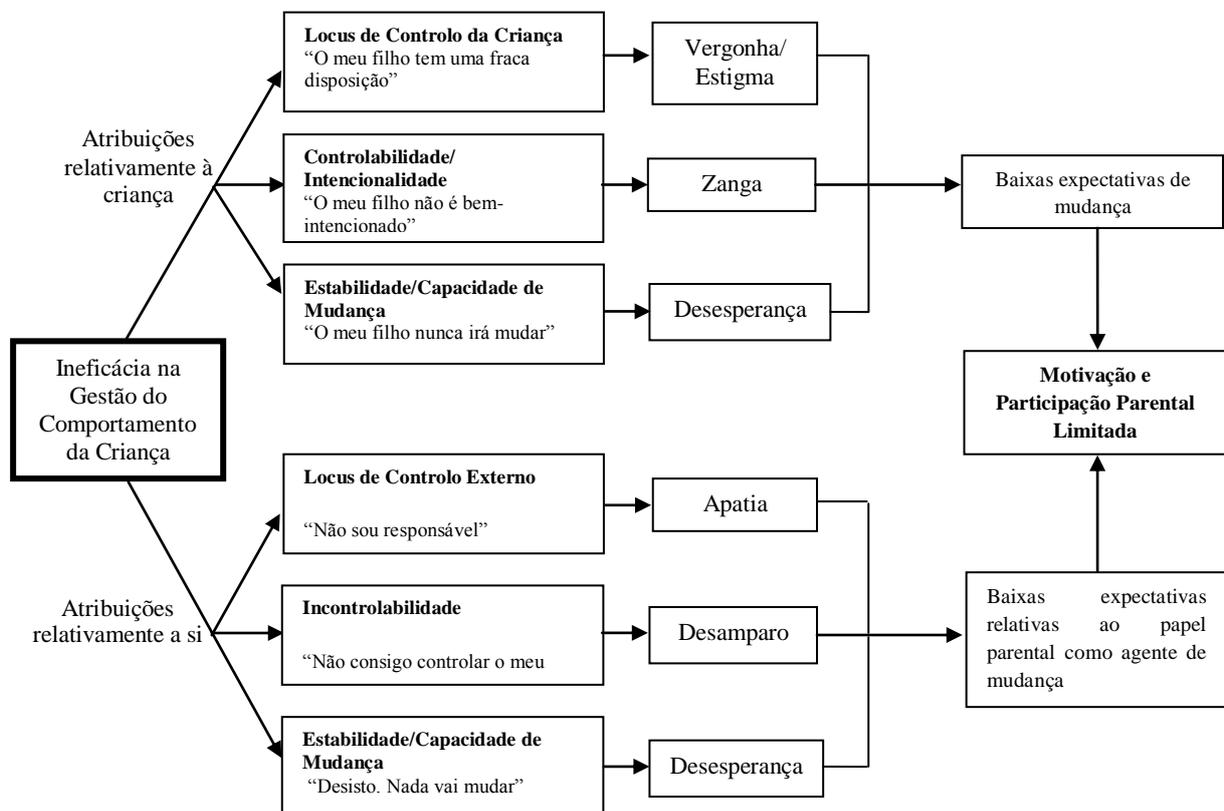


Figura 2 - Modelo Atribucional (Weiner, 1980)

O modelo (Figura 2) sugere que, os pais que se sentem ineficazes na alteração do comportamento da criança fazem atribuições, tanto em relação à criança como em relação a si, que influenciam a sua resposta emocional. Esta resposta emocional afeta a expectativa de sucesso, que determina o comportamento consequente (participação/não participação). Note-se que, em relação às atribuições que os pais fazem de si mesmos, o modelo preconiza que as experiências de insucesso influenciam as crenças parentais relativas à controlabilidade que estes sentem nas situações, levando-os a assumir uma elevada probabilidade de, no futuro, este insucesso se voltar a verificar (Baden & Howe, 1992; Johnston & Patenaude, 1994; Roberts, Joe & Hallbert-Rowe, 1992; Sobol, Ashbourne, Earn & Cunningham, 1989). No que diz respeito às atribuições relativas à criança, o modelo sugere que experiências de insucesso levam os pais a atribuir as causas dos problemas das crianças a fatores internos da mesma, bem como a acreditar que estes comportamentos disruptivos são intencionais, estáveis e imutáveis. Estas cognições geram sentimentos de vergonha, zanga e desesperança. Por sua vez, estas emoções determinam a capacidade dos pais de se sentirem preparados para confrontar os problemas dos filhos e, em última instância, de se envolverem ativamente na terapia.

Segundo o este modelo, as emoções e as baixas expectativas sobre o papel dos pais como agente eficaz de mudança têm um visível impacto no processo do tratamento, na medida em que limitam a motivação parental e o envolvimento na terapia.

2.1.1.3. Impacto Percebido

A visão do impacto da perturbação da criança, percebido pelos pais, pode ser enquadrada no “Modelo de Crenças em Saúde”. O “Modelo de Crenças em Saúde” (MCS) e os seus desenvolvimentos posteriores têm fornecido um quadro teórico amplamente utilizado na antevisão dos comportamentos de saúde assumidos pelos indivíduos. Inicialmente visto como um esquema explicativo dos comportamentos de prevenção em saúde, este modelo estende-se à previsão, não só dos comportamentos de saúde adotados por indivíduos com perturbação diagnosticada (Bond, Aiken, & Somerville, 1992), como também dos comportamentos dos pais relativos aos problemas de saúde dos seus filhos (Bates, Fitzgerald, & Wolinsky, 1994).

Os componentes contemplados pelo MCS incluem variáveis como a ameaça percebida – que abrange os subcomponentes de suscetibilidade percebida e gravidade percebida – os

benefícios e barreiras percebidas e a autoeficácia. A suscetibilidade percebida envolve a percepção do indivíduo sobre o risco de contrair uma determinada doença, e, no caso de já existir uma perturbação (p.e ansiedade ou autismo) envolve a aceitação do indivíduo (pai/mãe) do diagnóstico. A severidade percebida engloba os sentimentos do indivíduo ou dos pais sobre o impacto da doença. Os benefícios percebidos relacionam-se com as crenças, neste caso parentais, sobre as vantagens de seguir um certo tratamento. As barreiras percebidas abrangem os potenciais aspetos negativos do tratamento, como por exemplo, os custos, os riscos e a inconveniência de uma certa intervenção. Por fim, o componente de autoeficácia refere-se à percepção que os pais têm da capacidade dos seus filhos para alcançar resultados desejados (Wildman, 2006).

Desta forma é possível afirmar que, quando o comportamento ou perturbação da criança é percebido, pelos pais, como mais negativo e como tendo um maior impacto, estes tendem a atribuir o problema a causas unicamente relacionadas com fatores internos da criança. Esta postura protetora minimiza a responsabilidade que os pais sentem sobre a perturbação e sobre os comportamentos da criança. Esta desresponsabilização pode resultar num menor envolvimento parental na terapia (Morrissey-Kane & Prinz, 1999).

2.1.1.4. Variáveis Sociodemográficas

A literatura existente não é esclarecedora no que diz respeito ao papel que as variáveis sociodemográficas, tanto da criança como dos pais, desempenham no envolvimento parental na TCC. De facto, as investigações que estudam o envolvimento parental na terapia, não assumem estas variáveis como possíveis determinantes da participação dos pais na terapia com a criança. Uma vez que o objetivo das referidas investigações é o de analisar os benefícios do envolvimento dos pais na terapia, nos resultados clínicos das crianças, os autores (Cobham *et al.*, 1998; King *et al.*, 2000; Nauta *et al.*, 2003; Spence *et al.*, 2000) certificam-se que os grupos de crianças da amostra em estudo são homogéneos no que respeita às variáveis sociodemográficas (sexo da criança, idade da criança, etnia, nível socioeconómico, situação matrimonial).

Embora a relação entre as variáveis sociodemográficas e o envolvimento parental, não esteja definida, verifica-se que no seu estudo Nock e Kazdin (2001) encontram relações fortes entre estas variáveis e as expectativas parentais em relação ao programa. Tomando em conta

que as expectativas parentais em relação à eficácia influenciam, significativamente, não só participação da criança na intervenção, como também o envolvimento parental na mesma (Allen & Warzack, 2000; Morrissey-Kane & Prinz, 1999; Nock *et al.*, 2007; Nock & Kazdin, 2001), torna-se possível referir que as variáveis sociodemográficas determinam, indiretamente e através das expectativas parentais de eficácia, o envolvimento parental.

Embora seja uma linha de investigação diferente da seguida neste estudo, é interessante verificar que a literatura relativa ao envolvimento dos pais na educação dos filhos (escola; trabalhos de casa; performance escolar) foca-se também no estudo dos determinantes desta participação, englobando as variáveis sociodemográficas. Na revisão da literatura é possível encontrar estudos que referem como preditores do envolvimento dos pais na educação escolar dos filhos diversas variáveis sociodemográficas: nível socioeconómico (Grolnick, Benjet, Kurowski & Apostoleris, 1997); nível de escolaridade dos pais (Chowa, Ansong & Osei-akoto, 2012; Davis-Kean, 2005; Grolnick & Slowiaczek, 1994; Pena, 2000); género dos pais (Chowa, Ansong & Osei-akoto, 2012; Grolnick & Slowiaczek, 1994); estado civil dos pais (Chowa, Ansong & Osei-akoto, 2012); género da criança (Chowa, Ansong & Osei-akoto, 2012). Estes estudos e conclusões, são impotentes pistas a compreensão do papel das variáveis sociodemográficas no envolvimento parental na terapia.

2.1.1.5. Psicopatologia Parental

Relativamente à influência da psicopatologia parental no nível de envolvimento dos pais na terapia, Nock e Kazdin (2001) demonstraram que elevados níveis de depressão conduziam a baixas expectativas parentais relativamente ao tratamento. À luz do modelo de barreiras ao tratamento, que refere as expectativas parentais como preditor do envolvimento dos pais na terapia, os autores concluem que a psicopatologia parental influencia, indiretamente, o nível de envolvimento na terapia.

Podell e Kendall (2011) realizaram um estudo com 45 crianças, com ansiedade, e respetivos pais que participaram na TCC-C e TCC-P. Os resultados mostram que a presença de psicopatologia parental (perturbação de ansiedade) não está associada ao nível de envolvimento parental na terapia, sugerindo que a psicopatologia parental não influencia significativamente a capacidade que os pais têm em se envolver e em participar nas sessões de terapias com a criança.

Relativamente aos determinantes do envolvimento parental na terapia com a criança, acima descritos, é importante destacar a necessidade de compreender melhor o papel da psicopatologia parental nos níveis de participação dos pais, considerando a existência de outros diagnósticos, como, por exemplo, a ansiedade. Este estudo apresenta uma amostra de crianças com diagnóstico de ansiedade, estando a intervenção focada nessa mesma patologia. Por este motivo, é interessante compreender a influência da ansiedade parental no envolvimento dos pais na terapia, na medida em que a sua própria ansiedade pode reduzir a participação parental ou estar associada a baixas expectativas de eficácia do tratamento.

É ainda necessário compreender o papel da percepção do impacto da doença, não apenas em termos de severidade, mas, sim, em relação à vida dos pais e da própria criança. Se a doença é percebida como tendo muito impacto na vida dos progenitores, influenciará o nível de envolvimento dos pais na terapia.

CAPÍTULO II - CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. Introdução

A revisão de literatura apresentada demonstra os benefícios da terapia cognitiva comportamental em crianças diagnosticadas com diversas patologias tanto de externalização (e.g. perturbação do comportamento) como de internalização (e.g. ansiedade; depressão). Entre outros objetivos, estes estudos pretendem analisar os benefícios da inclusão dos pais na terapia – seja como consultores, colaboradores ou co clientes.

No entanto, poucos são os estudos que caracterizam o envolvimento parental, analisando-o de forma dimensional. Como referido, esta participação é, quase sempre, apenas avaliada através da assiduidade dos pais às sessões. Torna-se, assim, necessário desenvolver e integrar medidas que avaliem este envolvimento em diversas dimensões, como por exemplo, a comunicação que os pais mantêm com o clínico durante o processo de intervenção, a adesão dos pais aos pedidos de colaboração feitos pelo clínico e, ainda, a adesão dos pais às tarefas propostas pelo programa de intervenção.

Considerando as necessidades identificadas, é pertinente desenhar um estudo que tenha como objetivo geral, não só a análise do envolvimento parental na terapia cognitivo comportamental com a criança, mas também, a avaliação, multidimensional, dos determinantes deste envolvimento.

2. Objetivos Específicos

Decorrem do objetivo geral apresentado, os seguintes objetivos específicos do presente estudo:

1) Caracterização do envolvimento parental na terapia cognitivo comportamental com crianças ansiosas – Programa Amigos para a Vida.

2) Analisar a relação entre as variáveis parentais (índices de psicopatologia (ansiedade; depressão); perceção de impacto da doença na vida familiar; expectativas em relação à eficácia da intervenção) e o envolvimento parental.

3) Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade da criança; sexo da criança; nível socioeconómico; coabitação (família nuclear intacta ou monoparental); situação profissional dos pais) e o envolvimento dos pais na terapia com a criança.

4) Analisar a relação entre o número de barreiras ao tratamento experienciadas pelos pais, identificadas pelo clínico e o envolvimento dos pais na terapia com a criança – Programa “Amigos para a Vida”.

5) Analisar a relação entre a Melhoria Clínica da criança no momento imediatamente após o término da terapia e o envolvimento parental durante o processo de intervenção

3. Metodologia

3.1. Desenho da Investigação

Este estudo obedece às características de um estudo experimental, também considerado como observacional ou correlacional. Neste tipo de desenho de investigação, as variáveis não são manipuladas e os resultados são explicados através da análise das relações estatísticas entre estas.

3.2. Amostra

A amostra do presente estudo integra-se numa investigação mais alargada que contou, inicialmente, com a participação de 1340 crianças e respetivos pais. Para a constituição da amostra específica deste estudo seguiram-se diversos procedimentos de seleção que serão oportunamente descritos.

Como se pode observar no Quadro 1, neste estudo participaram 54 crianças (27 rapazes e 27 raparigas) com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos ($\bar{x}=9,6$; $DP=1,1$) e os respetivos progenitores (mães= 54; pais=54). As crianças frequentavam o 1º e o 2º ciclo e foram selecionadas de nove escolas da rede pública e privada, localizadas em Lisboa e zona geográficas periféricas.

Quadro 1 - Caracterização das variáveis Sociodemográficas das Crianças.

Variáveis	N(%)		
Sexo			
Masculino	27 (50%)		
Feminino	27 (50%)		
	M	DP	Min.-Max.
Idade	9,63	1,12	8-12
Escolaridade			
1º Ciclo	28 (51,9%)		
2º Ciclo	26 (48,1)		

No Quadro 2, apresentam-se as variáveis relativas aos pais. Cerca de 54% do total dos progenitores (54 mães; 54 pais) concluíram o nível de escolaridade obrigatória (12º ano) e, na sua maioria, os pais estão casados ou vivem em união de facto (61%). Relativamente ao nível socioeconómico, como se pode observar, são mais frequentes os níveis “Baixo” e “Médio”, embora 26% das famílias se situem no nível socioeconómico “Elevado”. A situação profissional, também expressa no Quadro 2., demonstra que cerca de 78% dos pais estão empregados.

Quadro 2 - Caracterização das Variáveis Sociodemográficas dos Pais.

Variáveis	N(%) ⁽¹⁾
Sexo	
Masculino	54 (50%)
Feminino	54 (50%)
Escolaridade	
≥ 4 anos de escolaridade	7 (6,5%)
6 anos de escolaridade	13 (12,0%)
9 anos de escolaridade	20 (18,5%)
12 anos de escolaridade	26 (24,0%)
Ensino Superior	32 (29,6%)

Situação Conjugal

Casado/União de Facto	33 (61,1%)
Divorciado/Separado	19 (35,2%)

Nível Socioeconómico

Baixo	19 (35,2%)
Médio	19 (35,2%)
Alto	14 (25,9%)

Coabitação

Família Nuclear Intacta	32 (59,3%)
Família Monoparental	23 (37,0%)

⁽¹⁾- A ocorrência de algumas omissões não possibilita a totalização de N=108

Como critério obrigatório, para a inclusão das crianças na amostra, considerou-se o cumprimento dos critérios necessários ao diagnóstico de patologia, isto é, apenas crianças diagnosticadas com perturbação de ansiedade integraram o estudo. Assim, como apresentado no Quadro 3, as crianças apresentavam diferentes perturbações de ansiedade: Ansiedade de Separação (AS), Fobia Social (FS), Fobia Especifica (FE), Perturbação de Pânico com agorafobia (PPca), Ansiedade Generalizada (AG). A interferência do diagnóstico principal, apresentada na Quadro 3., foi avaliada pela criança ($\bar{x}=5,11$, $DP=2,32$) e pela mãe ($\bar{x}=5,59$, $DP=2,00$).

Quadro 3 - Diagnóstico Principal e Interferência.

Variáveis	N(%)
Tipo de Patologia	
Ansiedade de Separação	13 (24,1%)
Fobia Social	17 (31,5%)
Fobia Especifica	9 (16,7%)
Perturbação de Pânico e Agorafobia	1 (1,9%)
Ansiedade Generalizada	14 (26%)

Interferência do Diag. Princ.	M	DP	Min.-Max.
Avaliada pela Criança	5,11	2,32	0-8
Avaliada pela Mãe	5,59	2,00	0-8

Além do diagnóstico principal, foram atribuídos às crianças diagnósticos secundários. A média de diagnósticos por criança é de 2,61 ($DP=1,13$), sendo que a maioria das crianças apresenta mais do que um diagnóstico. O Quadro 4 apresenta a frequência do número de perturbações de ansiedade diagnosticadas a cada criança, a co morbidade entre o diagnóstico principal – Perturbação de Ansiedade (PA) e o diagnóstico secundário – Perturbação de Externalização (PE) e Perturbação de Humor (PH) e por fim, a frequência do número total das perturbações, quer de ansiedade, externalização como também de humor, atribuídas às crianças.

Quadro 4 - Diagnóstico Principal e Secundário.

Variáveis	N(%)
Número Total de Pert. Ansiedade	
1	11 (20,4%)
2	20 (37,0%)
3	14 (25,9%)
4	6 (11,1%)
Diagnóstico Secundário	
Pert. Ansiedade + Pert. Especifica	13 (24,05%)
Pert. Ansiedade + Pert. Humor	1 (1,82%)
Número Total de Perturbações	
1	10 (18,5%)
2	15 (27,8%)
3	12 (22,2%)
4	13 (24,1%)
5	1 (1,9%)

3.3. Medidas e Instrumentos de Avaliação

Nesta seção descrever-se-ão em detalhe os instrumentos e medidas utilizadas na recolha dos dados a serem tratados no estudo. Para melhor estruturar a apresentação, cada instrumento será contextualizado com a variável que se pretende analisar.

3.3.1. Psicopatologia Parental – Brief Symptom Inventory - BSI (Derogatis, 1975)

De forma a avaliar a sintomatologia psicopatológica dos pais foi aplicado o BSI. Este inventário foi aferido para a população portuguesa por Canavarro (1999) assumindo o nome de Inventário de Sintomas Psicopatológicos.

O BSI é um inventário de autorresposta, realizado com o objetivo de avaliar sintomas psicopatológicos do indivíduo. Apresentando-se como uma forma abreviada do SCL-90-R, este inventário é constituído por 53 itens, avaliados numa escala tipo Likert de 4 pontos (0= Nada a 4= extremamente). Este instrumento avalia 9 dimensões e 3 Índices Globais: Somatização (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), Obsessões-Compulsões (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36), Sensibilidade Interpessoal (itens 20, 21, 22 e 42), Depressão (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50), Ansiedade (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49), Hostilidade (itens 6, 13, 40, 41 e 46), Ansiedade Fóbica (itens: 8, 28, 31, 43 e 47), Ideação Paranoide (itens: 4, 10, 24, 48 e 51), Psicoticismo (itens: 3, 14, 34, 44 e 53), Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos (Canavarro, 1999).

O estudo da versão Portuguesa deste instrumento (Canavarro, 1999) revela níveis adequados de consistência interna, tanto nos itens, como nos índices globais (,70). Em relação à validade discriminativa, o mesmo estudo verifica que a forma da função global é estatisticamente significativa, existindo diferenças significativas entre os dois grupos (92,51% da amostra dos 147 indivíduos emocionalmente perturbados e 99,75% da amostra dos 404 indivíduos pertencentes à população em geral).

Para este estudo, o instrumento apresenta, igualmente, elevados valores de consistência interna (,87).

3.3.2. Percepção de Impacto/Interferência – Children's Anxiety Life Interference Scale – CALIS (Lyneham, Abbott, Rapee, Tolin, Carlson & Hudson, 2011) – versão para pais.

Para avaliar a interferência da patologia na vida da criança e da família, foi aplicada a CALIS às mães das crianças. Esta escala foi traduzida e validada para a população portuguesa por Pereira e Barros (2011) assumindo a designação de Escala de Interferência de Ansiedade na Vida da Criança – EIAV.

A versão, desta escala, aplicável a pais, é constituída por duas subescalas de interferência: interferência na vida da criança (contempla 9 itens) e interferência na vida familiar (contempla 9 itens). As respostas a cada item são apresentadas sob forma escalar que varia entre 0 (nada) e 4 (Muito).

Relativamente à consistência interna, Lyneham e colaboradores (2011) verificaram na subescala de interferência na vida da criança, relatada pela própria, assumia valores de ,80 e analisando os relatos do pai e da mãe, os valores de alfa de Cronbach eram de ,79 e ,83 respetivamente. Na subescala da vida familiar, os valores relativos ao relato da mãe foram de ,88 e no relato do pai ,89. Relativamente à validade, foram verificadas correlações positivas de moderadas a elevadas para três medidas de autorrelato de sintomas de perturbações de internalização - Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ); Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) e Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC).

Neste, os valores da consistência interna deste instrumento são também elevados – (,82).

3.3.3. Variáveis Sociodemográficas

A recolha dos dados relativos à idade da criança e dos progenitores, sexo da criança e progenitores, situação profissional, situação conjugal, nível socioeconómico entre outras, foi possibilitada pela utilização do Questionário Sociodemográfico, construído para o efeito no contexto da investigação. Estes dados foram obtidos através de questões de resposta fechada integradas no questionário respondido pelos pais.

3.3.4. Envolvimento Parental – Questionário de envolvimento parental durante a intervenção psicoterapêutica com a criança. (Pereira & Barros, no prelo)

Uma vez que não existe uma medida única para avaliar o nível de envolvimento parental, esta variável foi analisada segundo 4 subdimensões: a adesão dos pais às tarefas de exposição; adesão dos pais a outras atividades; a participação dos pais nas sessões a eles dedicadas e por fim o nível de comunicação que os pais mantiveram com o clínico. As quatro dimensões foram integradas neste questionário preenchido pelo clínico que as avaliou numa escala tipo de 4 pontos.

Em relação à adesão dos pais às tarefas de exposição e a outras atividades, a variável foi avaliada sob forma de escala: 0 (Nenhuma) a 4 (Elevada). A comunicação com o clínico foi avaliada em termo de facilidade de entrar em contacto com o progenitor: 0 (não foi possível contactar) a 4 (comunicação muito fácil). Por fim, a participação nas sessões tomou em conta os 4 momentos que requeriam a presença dos pais (duas sessões com os pais; uma sessão conjunta e a festa final). Esta variável foi avaliada de forma escalar: 0 (não participou em nenhuma) a 4 (participou em pelo menos 3 e numa delas estavam presentes os dois progenitores).

Os valores da consistência interna deste questionário são bastante elevados – (,88). Assim, a pontuação global do envolvimento foi obtida pela soma dos resultados das diferentes subdimensões.

Numa questão final era pedido ao terapeuta que identificasse os obstáculos experimentados pelos pais que impediram ou dificultaram a participação e envolvimento dos mesmos no processo de intervenção. Esta última dimensão apresentava 4 obstáculos: “Falta de disponibilidade”; “Por resistência da própria criança/jovem”; “Por desconhecimento” e “Por falta de motivação”. A seleção dos obstáculos podia ser múltipla.

3.3.5. Expectativas Parentais – Item único de Expectativas Parentais em relação ao programa de intervenção (Pereira & Barros, no prelo).

Para avaliar o nível das expectativas dos pais em relação à eficácia do programa, utilizou-se uma medida de item único respondido pelos pais antes de se iniciar o processo de

intervenção. Esta avaliação foi feita sob forma de escalar que variava entre 0 (nada) e 8 (muitíssimo).

3.4. Procedimento de Recolha de Dados

Como anteriormente referido, o presente estudo integra-se num projeto mais alargado. O Projeto Children Anxiety Treatment and Change (CATCh), aprovado pela Comissão Especializada de Deontologia do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia Universidade de Lisboa, pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e pelo Instituto de Inovação e Desenvolvimento Curricular, tem por objetivos identificação de mediadores e moderadores da mudança terapêutica em criança com perturbação de ansiedade. Como procedimento de intervenção, este projeto aplica um programa cognitivo-comportamental – Amigos para a Vida – aplicado em grupo com as crianças participantes.

A recolha dos dados contemplados neste estudo integra-se nos procedimentos de recolha de dados do projeto CATCh. Desta forma, algumas medidas de avaliação serão referidas mas não explicitadas, uma vez que, mesmo tendo sido utilizadas no Projeto CATCh, não foram incluídas no estudo apresentado.

Previamente à recolha de dados foi pedida a colaboração e consentimento informado das escolas e dos professores do 1º e do 2º Ciclo. Após este aval, foi enviado aos pais um pedido de consentimento expresso por escrito para a participação dos seus filhos e dos progenitores no estudo. Nesta fase inicial foram incluídas 9 escolas da rede pública e privada de diferentes zonas geográficas de Lisboa, abrangendo 1340 crianças.

Após esta fase, é possível descrever o procedimento de recolha de dados em 5 etapas:

1ª Etapa

A primeira etapa de recolha de dados decorreu entre os meses de Outubro e Novembro. Esta fase foi dedicada à recolha dos dados sociodemográficos e a uma seleção inicial dos participantes através da administração do Questionário de Avaliação de Perturbações Emocionais Relacionadas com a Ansiedade em Crianças (SCARED-R), tanto aos pais como às crianças. A aplicação do SCARED-R versão para criança, foi aplicada em grupo no

contexto de sala de aula sendo que a versão para pais foi enviada para casa por intermédio da criança.

Nesta etapa recolheram-se 1027 consentimentos de participação. A aplicação das medidas de avaliação foi realizada a 1004 crianças e respetivo progenitor.

2ª Etapa

Para a segunda fase foram selecionadas 275 crianças que apresentavam um valor superior ao percentil 95 em pelo menos uma das seguintes escalas do SCARED-R (versão pais e criança): Escala Total; Fobia Social; Ansiedade de Separação e Ansiedade Generalizada.

Esta etapa, decorrida entre os meses de Novembro a Fevereiro, teve como objetivo a recolha dos dados sociodemográficos das famílias participantes e a realização de uma segunda triagem dos indivíduos selecionados. Para aceder às informações sociodemográficas de cada família participante, foi enviado para casa um questionário a ser preenchido pelos progenitores. Em simultâneo, foram também enviados para casa dois exemplares do inventário BSI, a serem preenchidos pelo pai e pela mãe individualmente.

Para selecionar os participantes no programa terapêutico de intervenção, realizou-se uma avaliação diagnóstica das crianças. Para o efeito, foi realizada uma entrevista semiestruturada – ADIS-IV-C – aplicada em conjunto, isto é, tanto com as crianças como com os progenitores. No final da entrevista foi aplicada a Escala de Interferência da Ansiedade na Vida da Criança (EIAV) às crianças e aos progenitores, tendo o clínico auxiliado a criança neste processo garantindo a sua compreensão e correta utilização.

A seleção das crianças para a fase de seguinte do projeto – integração no programa Amigos para a Vida – foi realizada no final da entrevista. Caso se verificasse como diagnóstico principal o diagnóstico de perturbação de ansiedade, os pais e a criança eram convidados a participar na fase seguinte do estudo. Este convite era acompanhado por um documento informativo sobre os procedimentos, objetivos e métodos da fase de intervenção, bem como por uma breve descrição de todas as sessões a serem aplicadas no contexto do programa. Após este momento de exposição de informação e esclarecimento de dúvidas, foi pedido o consentimento dos pais.

Finalizando este momento os progenitores avaliaram as expectativas de eficácia do programa de intervenção apresentado.

É importante referir que nesta etapa foram excluídas crianças que estivessem a ser acompanhadas psicologicamente ou psicofarmacologicamente; que apresentassem alterações cognitivas graves ou ainda que manifestassem necessidade urgente de acompanhamento psicológico. Nos casos de necessidade de intervenção imediata, os técnicos informavam os progenitores sobre a possibilidade de reencaminhamento para a consulta mais indicada.

3ª Etapa

Da seleção efetuada a partir da entrevista ADIS-IV-C, foram autorizadas e incluídas nos grupos de intervenção 109 crianças. As crianças foram aleatoriamente distribuídas por dois grupos: grupo de intervenção (n) e grupo lista de espera (m), sendo que a amostra deste estudo integra as crianças que faziam parte do grupo de intervenção (n).

A aplicação do programa de intervenção Amigos para a Vida, foi realizada por psicólogos nas escolas seleccionadas. A frequência das sessões era semanal e realizava-se sempre no mesmo horário e espaço. No final de cada sessão era entregue às crianças um folheto direcionado aos pais. Este folheto apresentava duas componentes: informativa, na medida em que descrevia as atividades desenvolvidas na sessão e avaliativa uma vez que requeria a participação dos pais no preenchimento de 3 itens que pretendiam avaliar: o comportamento da criança ao longo da semana; a colaboração dos pais na realização das tarefas para casa e por fim a dificuldade sentida na realização das mesmas. Este destacável era entregue pela criança ao dinamizador do grupo na semana seguinte.

O programa incluiu também a realização de sessões direcionadas aos pais. Desta forma, foram realizados quatro momentos que requeriam a presença e participação dos pais: duas sessões apenas com o clínico e progenitores com o objetivo de debater assuntos relacionados com a melhor clínica da criança, dúvidas existente e trabalho realizado; uma sessão conjunta com a criança e, no final, uma outra sessão, em forma de festa com o objetivo de resumir e terminar o processo de intervenção.

Findo o programa Amigos para a Vida, a 5ª etapa direcionou-se para a avaliação da melhoria clínica da criança (Anexo 1). Desta forma os profissionais responsáveis por cada grupo de intervenção, com o objetivo de complementar a avaliação realizada pelos mesmos semanalmente, preencheram um questionário relativo não só a evolução da criança durante o programa como também a diversas dimensões inerentes ao processo de intervenção: facilidade na comunicação com os pais; presença dos pais nas sessões a eles dedicadas; participação dos pais nas diversas atividades propostas e ainda os obstáculos sentidos pelos pais durante a participação no processo. Esta avaliação foi realizada sob forma de escalas ordinais.

É importante salientar que das 73 criança convidadas a participar na intervenção e autorizadas pelos progenitores, apenas 54 criança iniciaram o programa. A exigência horária e a falta de interesse foram as razões mais apontadas pelos pais para explicar a não participação. Cerca de 12 crianças interromperam a intervenção após a primeira sessão, justificando tal abandono com a exigência horária, falta de interesse e ainda início de uma intervenção individual. No decorrer do programa, 7 crianças abandonaram a intervenção justificando-se através da falta de tempo; dificuldades monetárias; problemas de saúde e mudança de escola.

3.4.1. Programa Amigos para a Vida

O programa Amigos para a Vida (Barrett, 2004) é um programa cognitivo-comportamental orientado para a intervenção com crianças diagnosticadas com ansiedade ou depressão. Estruturado em 12 sessões, este programa visa o desenvolvimento de estratégias de confronto, a construção da resiliência emocional e ainda o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas. Dentre outras técnica utilizadas, destacam-se o treino comportamental, as tarefas de exposição, exercícios de reestruturação cognitiva e ainda exercícios de relaxamento.

Este programa pode ser utilizado de diferentes formas: como um programa de intervenção universal para todas as crianças; como programa de prevenção com crianças que apresentam sintomas iniciais e leves de ansiedade ou depressão e por fim como programa de intervenção com crianças diagnosticadas com ansiedade ou depressão. Independentemente da forma de aplicação, estudo têm demonstrado a eficácia do programa através da diminuição dos sintomas da patologia (ansiedade ou depressão) tanto imediatamente após o término do

mesmo (Liber, van Widenfelt, van Widenfelt, Utens, van der Leeden & Markus, 2008) como também em follow-up de um e três anos (Barrett, Farrell, Ollendick & Dadds, 2006; Bernstein, Bernat, Victor & Layne, 2008; Stallard, Simpson, Anderson & Goddard, 2008). Considerando estes resultados muito satisfatórios, o programa Amigos para a Vida é recomendado pela Organização Mundial de Saúde como um programa de prevenção do desenvolvimento de perturbações de ansiedade e depressão (World Health Organization, 2009).

Os pais são envolvidos na lógica da intervenção como colaboradores na medida em que, para além de serem importantes informadores, são convidados e motivados a participar nas tarefas para casa que são propostas; a monitorizar os comportamentos dos filhos relatando-os semanalmente e a participar em sessões orientadas especificamente para eles. É importante referir que este programa não engloba sessões de treino parental e que por isso o nível de envolvimento dos pais é de colaboração e não de co cliente.

Os pais foram convidados a participar em três sessões: duas sessões coletivas de natureza psicoeducativa, e uma sessão, em conjunto com a criança, para a realização da hierarquia das tarefas de exposição, o apoio à criança no treino e generalização das competências aprendidas na sessão e o apoio às tarefas de exposição.

3.5. Procedimentos de Análise Estatística

Para a análise estatística foram realizados testes estatísticos selecionados de acordo as características das variáveis consideradas e em função dos objetivos do estudo. Numa fase inicial foram verificados os pressupostos necessários para a realização dos testes, como por exemplo, a normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias. Tomando em consideração a dimensão das amostras ($n \geq 30$) a normalidade das distribuições foi realizada através do Teste Kolmogorov-Smirnov e homogeneidade de variâncias pelo teste de Levene.

À exceção da escala Envolvimento Parental Total, todos os fatores considerados na análise não preencheram os requisitos necessários à análise paramétrica, tendo-se recorrendo a testes não-paramétricos para a realização das análises.

Para o estudo e caracterização do envolvimento parental foram efetuadas as caracterizações das subdimensões englobadas nesta variável (Comunicação com o Clínico; Participação nas Sessões para pais; Participação na Tarefas de Exposição e Participação em outras Tarefas) e desenvolvida uma forma de cotação qualitativa da escala do Envolvimento Parental Total.

De forma a analisar as associações entre as variáveis parentais as dimensões englobadas no envolvimento parental recorreu-se ao Coeficiente de Correlação ρ de Spearman.

As relações entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões do envolvimento parental, foram analisadas através do Coeficiente de Correlação ρ de Spearman. Por fim, recorreu-se ao teste Man-Whitney e Kruskal-Wallis para verificar a existência de diferenças entre grupos de algumas variáveis sociodemográficas (coabitação, sexo, situação profissional) quando relacionadas com o envolvimento parental.

Foi utilizado o nível de significância de 0,05 ($p < 0,005$) para a tomada de decisão em relação ao significado das provas estatísticas. A avaliação das magnitudes das associações seguiu os critérios proposto por Cohen e colaboradores (1998), onde correlações menores que 0,30 são consideradas de pequena magnitude, correlações entre 0,30 e 0,50 são consideradas de média magnitude e por fim, correlações superiores a 0,50 são consideradas de elevada magnitude.

O tratamento estatístico foi possibilitado pelo programa SPSS (Statistic Package for the Social Sciences), versão 21 para o Windows e pelo programa Microsoft Office Excel versão 2007.

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Nesta secção serão apresentados e analisados os resultados deste estudo. Estes resultados decorrem da análise estatística efetuada que tomou em consideração os objetivos do estudo, a verificação dos pressupostos necessários e as características de cada variável. A apresentação dos dados será organizada de acordo com os objetivos do estudo já referidos.

1. Caracterização do envolvimento parental na terapia cognitivo comportamental com crianças ansiosas – Programa Amigos para a Vida

Como referido, para este estudo foram consideradas quatro subdimensões englobadas no envolvimento parental. Para caracterizar o envolvimento parental, torna-se necessário analisar cada subdimensões individualmente.

Quadro 5 - Caracterização da subdimensão Comunicação com o Clínico.

Com.Clínico	Frequência (N)	Percentagem
(0)Não foi possível contactar	1	1,9%
(1)Contacto muito difícil	5	9,3%
(2)Contacto difícil	7	13,0%
(3)Contacto fácil	21	38,9%
(4)Comunicação muito fácil	20	37,0%

Quadro 6 - Caracterização da subdimensão Participação nas Sessões para pais.

Part.Sessões	Frequência (N)	Percentagem
(0)Não participou em nenhuma	7	13%
(1)Participou em apenas uma	7	13%
(2)Participou em duas	14	25,9%
(3)Participou em três	21	38,9%
(4)Participou em pelo menos 3 e em pelo menos 1 estavam os dois progenitores	5	9,3%

Quadro 7 - Caracterização da subdimensão Participação nas tarefas de Exposição.

Part.Exposição	Frequência (N)	Porcentagem
(0)Nenhuma	12	22,2%
(1)Muito Pouca	14	25,9%
(2)Pouca	12	22,2%
(3)Bastante	10	18,5%
(4)Elevada	6	11,1%

Quadro 8 - Caracterização da subdimensão Participação em outras Tarefas.

Part.Tarefas	Frequência (N)	Porcentagem
(0)Nenhuma	11	20,4%
(1)Muito Pouca	19	35,2%
(2)Pouca	16	29,6%
(3)Bastante	6	11,1%
(4)Elevada	2	3,7%

Relativamente à comunicação com o clínico, verifica-se que mais de 75% dos pais se mantiveram disponíveis e facilmente contactáveis. Na sua maioria (64,8%) os pais participaram em pelo menos duas das três sessões a eles direccionadas. No que respeita à participação nas tarefas de exposição sugeridas pelo programa, verifica-se que, aproximadamente metade dos pais (48,1%) participou pouco ou muito pouco nestas atividades. No entanto, é importante referir que 30% dos pais apresentam bons níveis de participação. Por fim, em relação à participação dos pais noutras tarefas propostas, averigua-se que, na sua larga maioria (85,2%), os pais obtêm níveis de participação baixos, muito baixos e nulos.

Comparando os níveis de participação dos pais nas diferentes subdimensões, verifica-se uma menor participação dos pais nas tarefas de exposição e nas outras tarefas para casa, onde maior parte dos sujeitos se situa nos níveis “nenhum” “muito pouco” ou “pouco”, por comparação às outras subdimensões onde a maioria dos pais se situam nos níveis superiores.

Relativamente à dimensão Envolvimento Parental, como já referido, esta resultada da soma dos resultados de cada uma das quatro subdimensões nelas incluídas. Como supra verificado, cada subdimensão varia entre 0 e 4, onde o 0 representa o valor mais baixo (e.g “Não foi possível contactar”) e 4 o valor mais alto (e.g “Comunicação muito fácil). Somando os valores que os progenitores obtiveram nas quatro subdimensões, obtém-se o score total do envolvimento parental. Desta forma o score máximo que esta dimensão pode assumir é de 16 (4x4) e o mínimo 0.

Considerando os valores máximos e mínimos que o total do envolvimento parental pode assumir, é possível definir uma escala que qualifica, em níveis, esse envolvimento (Quadro 9).

Quadro 9 - Classificação do Envolvimento Parental.

Pontuação	Classificação
16	EXCEPCIONAL
15 14 13	MUITO BOM
12 11 10	BOM
9 8 7	MÉDIO
6 5 4	FRACO
3 2 1	MUITO FRACO
0	MAU

No entanto optou-se por considerar que a simples soma dos resultados atribuídos em cada subdimensão não seria suficiente para incluir o sujeito num nível de envolvimento, isto porque poderia existir casos em que, embora a soma das subdimensões fosse 8, situando o progenitor no nível médio da escala, o progenitor poderia ter níveis muito diferentes de

envolvimento nas diferentes dimensões, por exemplo níveis muito altos em duas subdimensões e valores nulos nas restante duas, e desta forma a decisão de o colocar no nível médio (8) não seria a mais adequada porque estar-se-ia a atribuir um valor de envolvimento médio quando em duas dimensões o sujeito poderia não ter qualquer envolvimento. Desta forma, criou-se uma classificação sujeita a conjunto de restrições que permitiu uma classificação qualitativa do envolvimento dos progenitores. (Quadro 10).

Quadro 10 - Classificação do Envolvimento Parental e Condições Restritivas.

Pontuação	Classificação	Condições Restritivas
16	EXCEPCIONAL	Todas as dimensões têm pontuação = 4 Obrigatório que participação seja “muito boa” em todas as subdimensões
15 14 13	MUITO BOM	Todas as dimensões têm pontuação > 1 Obrigatório que participação seja superior a “muito pouca” em todas as subdimensões
12 11 10	BOM	Todas as dimensões têm pontuação > 0 e Pelo menos três dimensões têm pontuação > 1 Obrigatório que participação seja superior a “muito pouca” em pelo menos três as subdimensões
9 8 7	MÉDIO	Todas as dimensões têm pontuação > 0 Obrigatório existir algum nível de participação em todas as subdimensões
6 5 4	FRACO	Pelo menos duas dimensões têm pontuação > 0 Obrigatório existir algum nível de participação em pelo menos duas subdimensões
3 2 1	MUITO FRACO	Pelo menos uma dimensão tem pontuação > 0 Obrigatório existir algum nível de participação em pelo menos uma subdimensão
0	MAU	Todas as dimensões têm pontuação = 0

No Quadro 11 podemos observar a distribuição dos pais pelos diferentes níveis de envolvimento.

Quadro 11 - Caracterização da dimensão Envolvimento Parental.

	Frequência (N)	Percentagem			
Nível Envolv. Parental					
Mau	1	1,9%			
Muito Franco	7	13,0%			
Fraco	10	18,5%			
Médio	16	29,6%			
Bom	12	22,2%			
Muito bom	8	14,8%			
Exceccional	0	0%			
			M	DP	Min - Max
Total Envolv. Parental			8,31	3,95	0 - 16

Em relação à distribuição da amostra pelos níveis de envolvimento parental apresentados anteriormente, é possível verificar que o nível mais frequente é o nível Médio uma vez que cerca de 30% dos pais obtiveram essa classificação. É interessante denotar que não existem pais que tenham demonstrado um nível exceccional de envolvimento, no entanto existe um caso em que os pais não se envolveram a nenhum nível. Relativamente aos níveis intermédios (Muito Fraco; Franco; Bom Muito Bom) verifica-se que a distribuição de frequências entre estes níveis é bastante homogénea. Relativamente à média do Total do Envolvimento Parental verifica-se que esta é de 8,31, muito próxima do valor médio da escala (8), facto que se verifica também na distribuição da amostra pelos níveis de envolvimento em que a média se situa no nível Médio.

2. Analisar a relação entre as variáveis parentais (índices de psicopatologia (ansiedade e depressão dos pais); percepção de impacto da doença na vida familiar; expetativas em relação à eficácia da intervenção), e o envolvimento parental.

No Quadro 12 apresentam-se as estatísticas descritivas para as variáveis parentais de interesse.

Quadro 12 - Caracterização da variável Psicopatologia Parental.

Variável	M	DP	Min.-Max.
Psicopat. Parental			
Índice Ansiedade	10,04	3,68	6 - 27
Índice Depressão	10,04	4,41	6 - 24
Percepção de Impacto			
Vida Familiar	5,42	4,74	0 - 20

Quadro 13 - Caracterização da variável Expectativas de Eficácia.

Expectativas de Eficácia	Frequência (N) ⁽¹⁾	Porcentagem
0 - 4	0	0
4	4	9,5%
5	5	11,9%
6	17	40,5%
7	8	19,0%
8	8	19,0%

⁽¹⁾ A ocorrência de algumas omissões não possibilita a totalização de N=54

Como se pode observar pelo Quadro 13 não foram identificadas expectativas de eficácia abaixo de 4 (um pouco) e a maioria dos pais qualificam o programa como “muito eficaz” (6). Existe ainda um número considerável de pais (12) que não responde a esta questão.

Como referido, para analisar as associações entre as variáveis parentais em estudo e o envolvimento parental (subdimensões e total) realizaram-se correlações de Spearman, apresentadas no Quadro 14.

Quadro 14 - Correlações de Spearman entre as variáveis parentais e o total do envolvimento parental.

Variáveis	Envolvimento Parental				
	Com.Clínc	Part.Sessões	Part.Exposição	Part.Taref	TotalEnv.
	ρ	ρ	ρ	ρ	ρ
Psicopat.Parental					
Índice Ansiedade	0,05	0,070	-0,137	-0,051	-0,039
Índice Depressão	-0,183	0,015	-0,057	-0,039	-0,067
Percepção de Impacto	-0,123	-0,257*	-0,073	-0,016	-0,114
Expectativas	-0,138	-0,305*	-0,128	-0,067	-0,175
*p< 0,05; **p< 0,01					

Como se pode observar no Quadro 14, não existem correlações estatisticamente significativas entre os índices de ansiedade e depressão parental. No entanto verifica-se uma correlação estatisticamente significativa entre a percepção de impacto e a subdimensão participação nas sessões para pais. Esta relação negativa de pequena magnitude sugere que quanto maior é o impacto da patologia na vida familiar percebido pelos progenitores, menor é a participação pais nas sessões a eles direcionadas.

Relativamente às expectativas parentais sobre a eficácia do programa encontra-se uma correlação negativa estatisticamente significativa de média magnitude. Esta correlação negativa indica que altas expectativas de eficácia se traduzem em baixos níveis de participação dos pais nas sessões a eles direcionadas.

Não existem associações estatisticamente significativas entre nenhuma das variáveis parentais e o total do envolvimento parental.

3. Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o envolvimento dos pais na terapia com a criança

Para analisar as diferenças do envolvimento parental na terapia com a criança em função das variáveis sociodemográficas (sexo da criança, idade da criança, coabitação, situação profissional) recorreu-se ao teste de Mann-Whitney (Quadro 15).

Quadro 15 – Comparação do envolvimento parental na terapia com a criança em função das variáveis sociodemográficas – Teste de Mann-Whitney.

Variáveis		Média das Ordens	Mann Whitney-U	<i>p</i> *
Total Envolvimento	Sexo			
	Masculino	28,80	329,500	0,542
	Feminino	26,20		
	Idade			
	< 10 anos	26,71	341,000	0,739
	≥ 10 anos	28,13		
	Coabitação			
	Fam. Nuclear Intacta	27,84	277,000	0,422
	Fam. Monoparental	24,35		
	Situação Prof.			
Empregada	24,75	162,000	0,957	
Desempregada	25,05			

Como se verifica no Quadro 15 apresentado, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de cada variável em estudo.

A comparação entre o Nível Socioeconómico e o Total de Envolvimento parental foi realizada através do teste Kruskal-Wallis para grupos independentes (NSE: baixo, médio, elevado), apresentado no Quadro 16.

Quadro 16 - Comparação entre grupos de Nível Socioeconómico (Baixo, Médio, Elevado) e Total Envolvimento – Teste de Kruskal-Wallis.

Variáveis	Nível Socioeconómico	N	Média das Ordens	Kruskal-Wallis Sig.*
Total Envolvimento	Baixo	19	17,18	0,003
	Médio	19	32,53	
	Elevado	14	30,96	
*p< 0,05				

Observando o Quadro 16, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas, entre os três grupos da variável NSE, que sugere que a diferentes níveis socioeconómicos estão associados níveis de envolvimento parental significativamente diferentes.

De forma a verificar em que nível surgem as diferenças apontas pelos resultados do Kruskal-Wallis, recorreu-se ao teste Mann-Whitney comparando a amostra par a par. (Quadro 17)

Quadro 17 - Comparação entre grupos de Nível Socioeconómico (Baixo, Médio, Elevado) e Total Envolvimento – Teste Mann-Whitney.

Variáveis	NSE	Média das Ordens	Mann Whitney-U	p*
Total Envolvimento	Baixo e Médio			
	Baixo	13,84	73,000	0,002
	Médio	25,16		
	Baixo e Elevado			
	Baixo	13,16	60,000	0,014
	Elevado	21,38		
Elevado e Médio				
Elevado	16,50	126,000	0,796	
Médio	17,37			

Como se pode verificar as diferenças entre grupos surgem no nível socioeconómico Baixo, desta forma, a níveis socioeconómicos mais baixos estão associados níveis de envolvimento parental mais baixos.

4. Analisar a relação entre o número identificado pelo clínico de barreiras ao tratamento, experienciadas pelos pais e o envolvimento dos pais na terapia

Como referido anteriormente o número de barreiras experienciadas pelos pais ao logo da intervenção foi identificado pelo clínico no final da mesma. No Quadro 18 apresenta-se a frequência do tipo de barreiras identificadas.

Quadro 18 – Frequência do tipo de Barreiras identificadas.

Barreiras	Frequência (N)⁽¹⁾	Percentagem
Falta de Motivação	22	33,8%
Desconhecimento	9	13,8%
Resistência da criança	7	10,8%
Falta de Disponibilidade	27	41,5%

⁽¹⁾ a totalização de N=65 justifica-se pelo facto de, em alguns casos, ao mesmo progenitor ter sido identificado mais que uma barreira

Como se pode verificar no Quadro 18, as barreiras mais identificadas foram a Falta de Motivação e a Falta de Disponibilidade.

No Quadro 19 caracteriza-se a variável Número de Barreiras identificadas pelo clínico a cada progenitor.

Quadro 19 - Caracterização da variável Número de Barreiras.

Número de Barreiras	Frequência (N)	Percentagem
0	9	16,7%
1	27	50,0%
2	16	29,6%
3	2	3,7%

Como se pode observar, em 50% dos casos foram identificados pelo clínico apenas uma barreira ao tratamento. No entanto a 33,3% dos casos foram atribuídos mais que uma barreira experienciada. É importante referir que a barreira mais referida pelos clínicos foi a barreira “Falta de disponibilidade” atribuída a 27 pais, e ainda a barreira “Falta de interesse” atribuída a 22 casos.

De forma a averiguar as associações entre o Número de Barreiras ao tratamento e o Envolvimento Parental (subdimensões e total), recorreu-se à correlação de Spearman. Os resultados apresentam-se no Quadro 20.

Quadro 20 - Correlações de Spearman entre a variável Número de Barreiras e o Envolvimento Parental (subdimensões e total).

Variáveis	Envolvimento Parental				
	Com.Clínic	Part.Sessões	Part.Exposição	Part.Taref	TotalEnv.
	ρ	ρ	ρ	ρ	ρ
Número Barreiras	-0,241	-0,285*	-0,483**	-0,455**	-0,465*
*p< 0,05; **p< 0,01					

Como se pode verificar existe uma correlação negativa, estatisticamente significativa entre as variáveis. Em relação às subdimensões, tanto a Comunicação com o Clínico com a Participação nas Sessões para pais, apresentam uma correlação negativa de pequena magnitude com o Número de Barreiras. Este resultado sugere que a existência de um número mais elevado de barreiras experienciadas está associada a menor comunicação e participação nas sessões direcionadas aos pais. As restantes duas subdimensões – Participação nas tarefas de Exposição e Participação em outras tarefas – e o total do Envolvimento Parental, têm uma relação também negativa, de magnitude média com o Número de Barreiras, aferindo-se assim, quando o número de barreiras é superior, verificam níveis inferiores de participação e envolvimento geral na terapia com a criança.

5. Analisar a relação entre a Melhoria Clínica da criança no momento imediatamente após o término da terapia e o envolvimento parental durante o processo de intervenção.

A Melhoria Clínica da Criança no momento após o término da intervenção foi avaliada pelos clínicos e encontra-se caracterizada no Quadro 21.

Quadro 21 - Caracterização da variável Melhoria Clínica.

Melhoria Clínica	Frequência (N)⁽¹⁾	Porcentagem
Muitíssimo Pior	0	0%
Muito Pior	0	0%
Piorou Minimamente	0	0%
Não Houve Mudança	7	12,7%
Melhorou Minimamente	26	47,3%
Melhorou Muito	20	36,4%
Melhorou Muitíssimo	1	1,8%

⁽¹⁾ A ocorrência de algumas omissões não possibilita a totalização de N=54

Para avaliar a relação entre a melhoria clínica da criança e o envolvimento dos pais ao longo do processo, recorreu-se à determinação do Coeficiente ρ de Spearman (Quadro 22).

Quadro 22 - Correlações de Coeficiente ρ de Spearman entre a variável Melhoria Clínica e a variável Envolvimento Parental.

Variáveis	Envolvimento Parental
	ρ
Melhoria Clínica	0,509**

*p< 0,05; **p< 0,01

No Quadro 22 verifica-se que existe uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre as duas variáveis. Esta relação de magnitude elevada indica que quanto maior é o envolvimento parental na terapia, melhores são os resultados da intervenção, isto é, maior é a melhoria clínica das crianças avaliada pelos clínicos.

Uma vez que esta relação é significativa, optou-se por comparar a amostra em dois grupos distintos: houve melhoria/não houve mudança. Assim a amostra de criança foi dividida em dois permitindo a realização do teste Mann-Whitney para analisar a existência de diferenças entre os grupos (Quadro 23).

Quadro 23 - Comparação entre dois grupos de Melhoria Clínica (houve melhoria/não houve mudança) e a variável Envolvimento Parental.

Variáveis	Melhoria Clínica	Média das Ordens	Mann Whitney-U	<i>p</i> *
Envolvimento Parental	Houve Melhoria	29,76	58,500	0,006
	Não Houve Mudança	12,36		
* <i>p</i> < 0,05				

Como se pode verificar no Quadro 23, em relação ao envolvimento parental, existem diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos de Melhoria Clínica. Conclui-se que a níveis de envolvimento parental superiores estão associadas melhorias clínicas no momento imediatamente após o término da intervenção.

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este capítulo destina-se à discussão dos resultados anteriormente apresentados. Esta discussão tomará em consideração o enquadramento teórico realizado focando-se essencialmente nos estudos efetuados sobre a temática em estudo.

À semelhança do capítulo anterior, a discussão seguirá a sequência dos objetivos delineados para este estudo.

1. Caracterização do envolvimento parental na terapia cognitivo comportamental com crianças ansiosas – Programa Amigos para a Vida:

Relativamente ao envolvimento dos pais durante a terapia, como referido, este divide-se em quatro subdimensões: Comunicação com o Clínico, Participação na Sessões para pais; Participação nas Tarefas de Exposição e Participação em outras Tarefas. Como se verifica a subdimensão em que os pais obtêm valores mais altos de envolvimento é a Comunicação com Clínico e a que obtêm valores mais baixos é a Participação nas Tarefas, tanto de exposição como em outras tarefas.

No modelo de barreiras ao tratamento, Kazdin e colaboradores (Kazdin, Holanda, & Crowley, 1997; Kazdin, Holanda, Crowley, e Breton, 1997; Kazdin & Wassell, 1999) apresentam como um dos domínios centrais a *perceção das exigências da intervenção*. Como referido, este domínio está relacionado com a perceção do tratamento como muito difícil e exigente em termos de tempo despendido e em relação às tarefas propostas, isto é, a compreensão das tarefas e a dificuldade da sua execução. Desta forma os resultados obtidos em relação às subdimensões podem ser explicados pela exigência das tarefas propostas, uma vez que, comunicar com o clínico, por telefone, não exige muito dispêndio de tempo e não se constitui uma tarefa difícil. No entanto, a colaboração nas tarefas, sejam de exposição como de preenchimento de medidas de avaliação, envolvem um maior interesse na intervenção e investimento de tempo, na medida em que exigem a sua compreensão e realização. Assim, a exigência das tarefas propostas pode constituir uma barreira ao tratamento e, por isso, ser alvo de menor envolvimento dos pais. Uma outra possível justificação poderá estar relacionada com a motivação e disponibilidade das crianças para realizarem tais tarefas. A resistência dos filhos às atividades poderá limitar a realização das mesmas, não promovendo a participação dos pais na intervenção.

No entanto, e embora exija mais disponibilidade, a participação nas sessões para pais é bastante elevada, verificando-se que mais de metade dos pais adere a pelo menos duas das três sessões realizadas. Este facto pode ser explicado pela perceção da relevância das atividades propostas, na medida em que os pais podem considerar pouco relevante as tarefas a serem realizadas por eles e muito relevantes a atividades (sessões) que envolvem a presença do clínico, terapeuta profissional. A diferença entre o nível participação dos pais nas sessões com os clínicos e o nível de participação nas tarefas propostas pode, também ser explicada pelo Modelo Atribucional (Weiner 1980, 1985) que afirma que as *atribuições que os pais fazem de si mesmos*, influenciam a perceção que estes têm de si como sendo agentes eficazes de mudança. Desta forma, pais que se consideram pouco capazes de conduzir à melhoria clínica dos filhos, percecionam as atividades por eles realizadas como menos relevantes, uma vez que não são realizadas por profissionais eficazes, investindo menos na sua execução. Às sessões para pais, realizadas pelos clínicos, são reconhecidas mais relevância, e assim, alvo de maior participação e envolvimento, por terem mais probabilidade de levar à melhoria clínica.

Em relação ao envolvimento parental total durante a terapia, é interessante verificar que, em média, os pais apresentam um nível de envolvimento Médio, significando que, tendo em conta a escala de classificação qualitativas do Envolvimento Parental, em média, os pais participam em todas as facetas (subdimensões) do Envolvimento Parental, sendo que em pelo menos uma delas está participação é “Muito Boa (4)”. Os resultados obtidos no Envolvimento Parental reforçam a, já referida, elevada consistência interna (.88) do *Questionário de envolvimento parental durante a intervenção psicoterapêutica com a criança* (Pereira & Barros, 2013), utilizado para avaliar esta dimensão.

2. Analisar a relação entre as variáveis parentais (índices de psicopatologia (ansiedade; depressão); perceção de impacto da doença na vida familiar; expetativas em relação à eficácia da intervenção), e o envolvimento parental:

Relativamente à psicopatologia parental, não se verificam associações estatisticamente significativas entre os índices de psicopatologia (ansiedade e depressão) e as subdimensões do envolvimento parental. Este facto corrobora o estudo realizado por Podell e Kendall (2011) que verifica que a ansiedade dos pais não está associada aos níveis do envolvimento dos pais na terapia com a criança, sugerindo, assim, que este fator não é um obstáculo à participação dos pais nas tarefas e atividades da intervenção.

A percepção dos pais sobre o impacto da psicopatologia do filho na vida familiar, está significativamente relacionada com a sua participação nas sessões a eles direcionadas. Uma vez que esta relação é negativa pode-se afirmar que, quanto maior é o impacto da doença percebido pelos pais, menor é a participação destes nas sessões. Uma hipótese para explicar estes resultados está relacionada com as *atribuições dos pais* relativas à ansiedade criança. O Modelo Atribucional de Weiner (1980, 1985) sugere que experiências negativas e de insucesso com os filhos levam os pais a atribuir as causas dos problemas das crianças a fatores internos da mesma, alterando as atribuições relativas aos filhos, assumindo que os seus comportamentos são intencionais, estáveis e imutáveis. Estas atribuições levam a sentimentos de vergonha e desesperança. Segundo Morrissey-Kane e Prinz (1999), quando o comportamento da criança é percebido pelos pais como disruptivo e imutável e como tendo um maior impacto no ciclo familiar, estes tendem a atribuir as causas do problema a fatores internos da criança levando-os a desresponsabilizarem-se da perturbação e dos comportamentos, diminuindo o seu envolvimento na intervenção.

Desta forma uma explicação possível para a relação negativa entre o impacto percebido pelos pais e a sua participação nas sessões realizadas, está relacionada com o anteriormente descrito. Quanto mais disruptivos são os comportamentos das crianças, maior é a percepção do impacto da patologia na vida familiar que se traduz num menor sentido de responsabilidade que os pais têm em relação à perturbação, levando-os a envolverem-se menos na terapia, diminuindo a participação nas sessões.

As expectativas dos pais em relação à eficácia do programa são, como referido, muito altas. Segundo Nock e colaboradores (Nock & Kazdin, 2001; Nock *et al.*, 2006) estas crenças antecipatórias, influenciam não só a participação no tratamento, como também, os resultados do mesmo. Nos seus estudos, verificou-se que, pais com expectativas de eficácia mais baixas estavam mais propensos a experienciar obstáculos à terapia, diminuído o seu nível de envolvimento. Como se pode verificar nos resultados obtidos, de facto, e em concordância com os autores, existe uma relação entre as expectativas e a participação dos pais nas sessões parentais, no entanto esta relação é negativa, sugerindo que, ao contrario do verificado pelos estudos, quanto maiores são as expectativas de eficácia, menor é a participação dos pais nas sessões a eles direcionadas.

Esta relação negativa pode ser explicada pelas atribuições que os pais fazem ao programa. Isto é, o facto de o identificarem como “eficaz” ou “muito eficaz” pode diminuir a percepção da importância do papel parental na terapia, uma vez que a intervenção (o programa) por ser considerado eficaz, será suficiente para produzir melhorias significativas. No entanto é preciso ter em consideração a forma de recolha desta informação, uma vez que uma única questão sobre as expectativas de eficácia do programa foi colocada presencialmente pelos clínicos, aos pais, podendo inibir, por questões de desejabilidade social, a avaliação do programa como pouco eficaz.

3. Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o envolvimento parental:

Os resultados obtidos demonstram não existir associação entre algumas variáveis sociodemográficas (idade da criança, sexo da criança, coabitação, situação profissional) e o envolvimento dos pais na terapia. No entanto, verifica-se uma relação positiva de elevada magnitude, entre o nível socioeconómico e o envolvimento parental (não só o total como as subdimensões). Esta relação evidencia que quanto mais elevado é o nível socioeconómico dos pais, maior é o seu envolvimento na intervenção.

Verifica-se também que existem diferenças significativas do nível de envolvimento parental, entre os escalões do NSE, demonstrando a relação entre baixos escalões e baixos níveis de envolvimento. Esta associação poderá estar relacionada com os recursos pessoais e com a predisposição dos pais em investir, não só a nível tempo com também monetário, na intervenção. O dispêndio monetário nas deslocações à escola para participar nas sessões para pais, o dispêndio de tempo na execução das tarefas, são fatores que estão relacionados com os níveis socioeconómicos e que influenciam a predisposição ao envolvimento dos pais.

Como verificado por diversos estudos (Pill, Peters & Robling, 1995; Lantz, House & Lepkowski, 1998; Adler, Boyce, Chesney, Cohen & Folkman, 1994; Fishbein, Triandis, Kanfer, 2001) o nível socioeconómico dos sujeitos modela os comportamentos e significações que estes têm sobre a saúde. Especificamente, sujeitos inseridos em níveis socioeconómicos mais baixos, tendem a assumir comportamento de risco, menosprezando a importância dos comportamentos de saúde referindo que o tratamento como pouco pertinente e útil. Este facto poderá justificar a relação encontrada entre o nível socioeconómico e a participação dos pais

na terapia, uma vez, pais inseridos no escalão mais baixo demonstraram menor envolvimento durante o processo.

4. Analisar a relação entre o número, identificado pelo clínico, de barreiras ao tratamento, experienciadas pelos pais e o envolvimento dos pais na terapia:

Segundo diversos autores (Chronis *et al.*, 2004; Kazdin & Wassell, 1999; Nock & Ferriter, 2005) existe uma associação significativa entre o número de barreiras ao tratamento experienciadas pelos pais e a participação dos pais na terapia, que indica que quanto maior for o número de barreiras percebidas, menor será o envolvimento dos pais.

Em concordância com estes estudos, os resultados demonstram existir uma correlação relação negativa entre o número de barreiras, experienciadas pelos pais e identificadas pelos clínicos e a participação dos pais na intervenção. Esta relação verifica-se, não só no total do Envolvimento Parental como também em três das suas quatro subdimensões (Participação nas sessões para pais; Participação nas Tarefas de exposição e Participação em outras tarefas), sugerindo que quanto maior é o número de barreiras experienciadas, menor é a participação dos pais nas atividades propostas. Facto de não existir relação entre o número de barreiras e a subdimensão “Comunicação com o Clínico” pode ser explicado através da maior exigência, já referenciada, das tarefas quando comparadas com a comunicação telefónica, isto é, as restantes tarefas (sessões para pais, exposição etc.) são mais exigentes no que respeita a investimento de tempo e disponibilidade tornando-se, assim, mais propícias a serem associadas a obstáculos ao tratamento.

Esta relação verificada é expectável na medida em que, a identificação das barreiras foi realizada pelos clínicos com base nos factos evidenciados ao longo do processo de intervenção, isto é, a pais menos participativos foram identificadas mais barreiras ao tratamento.

5. Analisar a relação entre a Melhoria Clínica da criança no momento imediatamente após o término da terapia e o envolvimento parental durante o processo de intervenção

Como inicialmente referido, os resultados de ensaios clínicos randomizados demonstraram que a TCC-C reduz significativamente (50 a 80 %) a ansiedade de crianças e

jovens (Barrett *et al.* 1996; Kendall *et al.* 1997; Walkup *et al.* 2008). Em concordância com estes estudos, verifica-se nos resultados obtidos que cerca de 85,5% das crianças apresentam melhoria clínica no momento imediatamente após o término da intervenção. Relativamente ao envolvimento parental, verifica-se uma relação de elevada magnitude com a melhoria clínica, demonstrando que, quando maior o envolvimento dos pais na terapia, maiores são as melhorias clínicas identificadas pelos terapeutas. Facto apoiado por Nock e Ferriter (2005) que enfatizam o envolvimento parental como determinantes nas alterações terapêuticas.

Embora exista na literatura inconsistências relativamente aos benefícios de incluir os pais na terapia cognitivo comportamental, como colaboradores ou como co clientes, diversos estudos (King *et al.*, 2000; Lewinson *et al.*, 1990; Nauta *et al.*, 2003; Spence, *et al.*, 2000; Barrett *et al.*, 1996; Barrett, 1998; Cobham, *et al.*, 1998; Mendlowitz, *et al.*, 1999; Podell & Kendall 2011; Toren *et al.*, 2000) demonstram que a programas de orientação cognitivo comportamental com crianças diagnosticadas com perturbações de internalização (ansiedade; depressão; stress pós-traumático), são muito eficazes na redução dos sintomas associados à patologia e extinção do diagnóstico. Os resultados obtidos neste estudo verificam que, de facto, este tipo de programas é muito eficaz no que respeita à intervenção na ansiedade. A importância de envolver os pais na terapia, neste caso como colaboradores, é também visível no que respeita a mudança e melhoria clínica das crianças intervencionadas.

CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envolvimento dos pais na terapia com crianças tem sido estudado e apontado como fator moderador da eficácia terapêutica na intervenção cognitivo-comportamental com crianças. Ainda que a diferentes níveis, os pais são sempre incluídos na intervenção, mesmo quando funcionam apenas como facilitadores, na medida em que asseguram o transporte da criança à clínica ou suportam os gastos monetários da intervenção. Diversos estudos demonstram que o maior envolvimento dos pais, como colaboradores ou co clientes, conduz a melhorias significativas no que respeita à redução da sintomatologia associadas à perturbação (Barrett et al, 1996; Barrett, 1998; Mendlowitz et al, 1999; Podell & Kendall, 2010; Toren *et al.*, 2000).

Outros estudos têm demonstrado o papel preponderante que diversos fatores (expectativas parentais; barreiras ao tratamento; características da criança) desempenham no nível de envolvimento dos pais. Por exemplo, o estudo das barreiras ao tratamento percebidas pelos pais, demonstra que o número de obstáculos experienciados prediz o nível de envolvimento parental (Chronis *et al.*, 2004; Kazdin & Wassell, 1999; Nock & Ferriter, 2005).

Da mesma forma, as expectativas dos pais em relação ao programa de intervenção influenciam o envolvimento parental na terapia, na medida em que expectativas mais altas estas associadas a maiores níveis de envolvimento (Nock & Kazdin, 2001; Nock *et al.*, 2006). As características das crianças (sexo e idade) e outros fatores sociodemográficos (coabitação; nível socioeconómico) embora não estejam relacionadas diretamente com o nível de envolvimento parental, parecem influenciar as expectativas dos pais em relação à intervenção (Nock & Kazdin, 2001). No entanto, esta relação nem sempre se verifica (Nock *et al.*, 2006).

O presente estudo, pretendeu analisar possíveis determinantes do envolvimento dos pais na terapia (barreiras ao tratamento; percepção de impacto da patologia; psicopatologia parental; expectativas de eficácia e variáveis sociodemográficas (sexo da criança; idade da criança; coabitação; nível socioeconómico; situação profissional)). Como referido, conclui-se que dos determinantes apresentados, três apresentam uma associação significativa com os níveis de participação dos pais na intervenção – expectativas de eficácia em relação ao programa, percepção de impacto da patologia na vida familiar e o número de barreiras ao tratamento.

Relativamente às variáveis sociodemográficas apenas o nível socioeconómico mostrou uma associação significativa com os níveis de envolvimento.

As conclusões do presente estudo acrescentam algo ao estado da arte atual, na medida em que apresentam resultados que diferem dos estudos já realizados. Por exemplo, a relação positiva encontrada nos estudos referenciados (Nock & Kazdin, 2001; Nock *et al.*, 2006) entre as expectativas parentais e o envolvimento dos pais na terapia, dá lugar, no presente estudo a uma relação negativa. Isto é, ao invés de se assistir ao aumento dos níveis de envolvimento quando existem expectativas de eficácia altas, verifica-se que estes níveis são mais baixos quando as expectativas são elevadas. Já a relação negativa encontrada entre as barreiras ao tratamento e o envolvimento parental, corrobora os resultados os estudos já realizados (Chronis *et al.*, 2004; Kazdin & Wassell, 1999; Nock & Ferriter, 2005).

Relativamente ao impacto da patologia percebido pais, este revela uma relação negativa com os níveis de envolvimento. Quando maior é o impacto percebido menor é o envolvimento parental. Segundo Morrissey-Kane & Prinz, (1999) quando maior é o impacto da patologia, percebido pelos pais, maior é a tendência de este atribuírem os comportamentos disruptivos a causas internas da criança.

Desta forma as crenças parentais parecem assumir uma papel de relevo, quer sejam as crenças dos pais em relação a si mesmos (como agentes eficazes de mudança e agentes controladores da perturbação) quer sejam em relação à criança (capacidade de mudança, intencionalidade do comportamento, autonomia) ou mesmo em relação à causalidade da doença. Como referido por Barros (2014, no prelo) os pais realizam interpretações sobre o desenvolvimento do seu filho construindo significações sobre esse desenvolvimento e sobre o papel parental, estando nestas significações incluídas as crenças relativas à causalidade do comportamento da criança. Segundo a autora, se os pais atribuem os comportamentos da criança a causas internas (genética; idade) não se envolvem ativamente na procura de ações necessárias a uma mudança.

Dentro desta temática, Barros (2014, no prelo) refere que, numa primeira fase da intervenção, é crucial avaliar e conhecer as significações dos pais, consciencializando-os para o importante papel que estas desempenham nas atitudes educacionais, no comportamento e na relação que mantêm com os filhos. Esta avaliação tem em consideração possíveis

dissonâncias e insatisfações, facto extremamente importante para que os pais se sintam motivados a envolverem-se no processo de intervenção.

Embora as conclusões do presente estudo sejam muito satisfatórias, existem algumas limitações inerentes ao mesmo. O número reduzido da amostra, ainda que superior a 30, pode ter limitado o poder estatístico para a deteção de associações significativas entre as variáveis. A dimensão inicial da amostra sofreu alterações por razões já referidas: falta de interesse dos pais e falta de disponibilidade horária.

No caso da recolha de dados referente às expectativas de eficácia, foi utilizado um único instrumento para avaliar esta variável, que consistia numa questão efetuada aos pais, presencialmente. Este instrumento não permite aceder a dados importantes sobre as significações dos pais em relação ao programa e em relação às capacidades dos seus filhos de se envolverem no programa e melhorarem clinicamente. Em futuras investigações seria interessante aplicar o questionário PETS (Parent Expectancies for Therapy Scale, Kazdin & Holland, 1991) que avaliar de forma multidimensional as expectativas dos pais não só em relação à credibilidade do programa, como em relação à possibilidade de melhoria da criança.

Em futuras investigações penso que seria interessante avaliar as barreiras ao tratamento percebidas pelos pais, de forma mais sistemática pedindo aos progenitores que as identificassem, ao invés dos clínicos. Seria também interessante avaliar as significações que os pais têm em relação ao si mesmo e aos seus filhos, compreendendo a interação que estas têm com o processo de intervenção e envolvimento parental. Por fim, investigar, à semelhança de diversos estudo já referidos, as diferenças entre ente tipo de intervenção, que envolve os pais como colaboradores e uma intervenção que inclua os pais como co clientes direcionando as sessões para o treino parental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, E., Boyce, T., Chesney, A., Cohen, S., Folkman, S. & Kahn, L., (1994). Socioeconomic Status and Health: The Challenge of the Gradient. *Journal of American Psychology*, 49(1), 15-24.
- Allen, K. D., & Warzak, W. J. (2000). The problems of parental non-adherence in clinical behavior analysis: Effective treatment is not enough. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 373–391.
- Baden, A. D., & Howe, G. W. (1992). Mothers' attributions and expectancies regarding their conduct-disorder children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 467-486.
- Barrett, P. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459–468.
- Barrett, P., Dadds, M., & Rapee, R. (1991). Coping koala workbook. Unpublished manuscript. School of Applied Psychology, Griffith University, Nathan, Australia.
- Barrett, P., Dadds, M., & Rapee, R. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 336–342.
- Barrett, P., Duffy, A., Dadds, M., & Rapee, R. (2001). Cognitive behavioural treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6 year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, n°1, 135–41.
- Barrett, P., Farrell, L.J., Ollendick, T.H., & Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: An evaluation of the friends program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35:3, 403-411.
- Barros, L. (2014, no prelo) Intervenção com pais: processo e fases de mudança. In: A. I. Pereira, A. R. Goes & L. Barros (Eds) Aconselhamento Parental e Intervenções Psicológicas com Pais. Lisboa: Coisas de Ler.
- Beck, A., & Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. *New York: Basic Books*.

- Berman, S., Weems, C., Silverman, W. & Kurtines, W. (2000). Predictors of outcome in exposure-based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children. *Behavior Therapy*, 31, 713–731.
- Bernstein, G.A., Bernat, D., Victor, A.M., & Layne, A.E. (2008). School-based interventions for anxious children: Three, six, and twelve month follow-ups. *Journal of the Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 1039-1047.
- Bond, G. G., Aiken, L. S., & Somerville, S. C. (1992). The health belief model and adolescents with insulin dependent diabetes mellitus. *Health Psychology*, 11, 190–198.
- Chowa, B. G., Ansong, D., & Osei-akoto, I. (2012). Parental Involvement and Academic Performance in Ghana. *CSD Publication*, 12-42.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, W. E., Jr. (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.
- Cobham, V., Dadds, M., & Spence, S. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 893–905.
- Connors, G., Carroll, K., DiClemente, C., Longabaugh, R. & Donovan, D. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 588–598.
- D’zurilla, T. & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107–126.
- Davis-Kean, P. (2005). The Influence of Parent Education and Family Income on Child Achievement: The Indirect Role of Parental Expectations and the Home Environment. *Journal of Family Psychology*, 19 (2), 294-304
- Day, L. & Reznikoff, M. (1980). Preparation of children and parents for treatment at a children’s psychiatric clinic through videotaped modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 303–304.
- Ellis, A. (1962). Reason and Emotion in Psychotherapy. *New York: Stuart.*

- Fishbein, M., Triandis, H., & Kanfer, F. (2001). Factors influencing behavior and behavior change. *Handbook of Health Psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 3-17.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion & healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Furey, W. & Basili, L. (1988). Predicting consumer satisfaction in parent training for noncompliant children. *Behavior Therapy*, 19, 555–564.
- Garfield, S. L. (1994). Eclecticism and integration in psychotherapy: Developments and issues. *Clinic & Psychology: Science and Practice*, 1, 123-137.
- Georgiou, S. & Tourva, A. (2007). Parental attributions and parental involvement *Social Psychology of Education*. Vol.10 (4), 73–482.
- Ginsburg, G., & Schlossberg, M. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14, 143–154.
- Grolnick, W., Benjet, C., Kurowski, C. & Apostoleris, N. (1997). Predictors of parent involvement in children's schooling. *Journal of Educational Psychology*, 89(3), 538-548.
- Johnston, C., & Patenaude, R. (1994). Parent attributions for inattentive-overactive and oppositional-defiant child behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 261-275.
- Kazdin, A. & Wassell, G. (1999). Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 160-172.
- Kazdin, A. (1979). Therapy outcome questions requiring control of credibility and treatment-generated expectancies. *Behavior Therapy*, 10, 81–93.
- Kazdin, A., & Holland, L. (1991). Parent expectancies for therapy scale. Yale University, Child Conduct Clinic, New Haven, CT.
- Kazdin, A., Holland, L., Crowley, M & Breton S. (1997) Barriers to treatment participation scale: Evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 1051–1062.

- Kazdin, A., Holland, L., Crowley, M. (1997) Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 3, 453–463.
- Kazdin, A., Stolar, M. J., & Marciano, P. L. (1995). Risk factors for dropping out of treatment among White and Black families. *Journal of Family Psychology*, 9, 412–417.
- Kendall, P. (2000). Guiding theory for therapy with children and adolescents. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (2^a ed., pg. 3-27). New York: Guilford.
- Kendall, P., & Hedtke, K. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual and workbook* (3^a ed.). Ardmore, PA: Workbook.
- Kendall, P., & Panichelli-Mindel, S. (1995). Cognitive-behavioral treatments. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 107-124.
- Kendall, P., & Sugarman, A. (1997). Attrition in the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 883–888.
- Kendall, P., Safford, S., Flanner-Schroeder, E. & Webb, A. (2004) Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 276-287.
- King, N., Tonge, B., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S.(2000). Treating sexually abused children with post- traumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1347–1354
- Kubiszyn T., Carlson J., DeHay T. (2005). Pediatric psychopharmacology for prepubertal internalizing disorders. *School Psychol*, 20, 135-154.
- Lantz, P., House, J.& Lepkowski, J. (1998) Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults. *JAMA*, 279, 1703–1718
- Lantz, P., House, JS. & Lepkowski, J.(1998). Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults. *JAMA*, 279, 1703–8.

- Lewinsohn, P., Clarke G., Hops, H. & Andrews, J. (1990) Cognitive-behavioral group treatment of depression in adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401
- Liber, J. M., van Widenfelt, B. M., van Widenfelt, A. W., Utens, E. M., van der Leeden, A. J. & Markus, M. T. (2008). Parenting and parental anxiety and depression as predictors of treatment outcome for childhood anxiety disorders: has the role of fathers been underestimated? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37,4, 747–758.
- MacNaughton, K., & Rodrigue, J. R. (2001). Predicting adherence to recommendations by parents of clinic-referred children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 262–270.
- Meichenbaum, D., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Mendlowitz, S., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Mietzitis, S., & Shaw, B. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1223–1229.
- Miller, W. R., & Rollnick, A. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2^a ed.). New York: Guilford.
- Morrissey-Kane, E., & Prinz, R. J. (1999). Engagement in child and adolescent treatment: The role of parental cognitions and attributions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 183–198.
- Nauta, M., Scholing, A., Emmelkamp, P., Minderaa B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1270-1288.
- Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 149–166.
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2001). Parent expectancies for child therapy: Assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10, 155–180.

- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 872–879.
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Nonsuicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*, 65–72.
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the national comorbidity survey replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48* (7), 703-713.
- Novick, J., Benson, R., & Rembar, J. (1981). Patterns of termination in an outpatient clinic for children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 20*, 834–844.
- Pena, D. (2000). Parental involvement: influencing factors and implications. *The Journal of Educational Research, 94* (1), 42-54.
- Pereira, A. I. & Barros, L. (no prelo) . Envolvimento Parental – Questionário de envolvimento parental durante a intervenção psicoterapêutica com a criança. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Pereira, A. I. & Barros, L. (no prelo) Expectativas Parentais – Item único de Expectativas Parentais em relação ao programa de intervenção. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Pill, R., Peters, T.J. & Robling, M. (1995). Social class and preventive health behaviour: a British example. *Community Health, 49*, 28–32
- Plunkett, J. (1984). Parents' treatment expectations and attrition from a child psychiatric service. *Journal of Clinical Psychology, 40*, 372–377.
- Podell, J., & Kendall, P. C. (2011). Mothers and fathers in family cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *Journal of Child and Family Studies, 20*, 182-195.
- Roberts, M., Joe, V., & Hallbert-Rowe, A. (1992). Oppositional child behavior and parental locus of control. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 170-177.

- Silverman, W., Kurtines, W., Ginsburg, G., Weems, C., Lumpkin, P., & Carmichael, D. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 995–1003.
- Sobol, M. P., Ashbourne, D. T., Earn, B. M., & Cunningham, C. E. (1989). Parents' attributions for achieving compliance from attention-deficit-disordered children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 17*, 359-369.
- Spence, S., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 713–726.
- Stallard, P. (2006). Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review, 26*: 895-911.
- Stallard, P., Simpson, N., Anderson, Goddard, M. (2008). The FRIENDS emotional health prevention programme. *European Child and Adolescent Psychiatry, 17*, 283-289.
- Steinberg, M. L., Ziedonis, D. M., Krejci, J. A., & Brandon, T. H. (2004). Motivational interviewing with personalized feedback: A brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 723–728.
- Sue, S., & Zane, N. (1987). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy. *American Psychologist, 42*, 37–45.
- Suveg, C., Roblek, T., Robin, J., Krain, A., Aschenbrand, S. & Ginsburg, G. (2006). Parental involvement when conducting cognitive behavior therapy for children with anxiety disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*, 287-299.
- Toren, P., Wolmer, L., Rosenthal, B., Eldar, S., Koren, S., Lask, M. (2000). Case series: Brief parent-child group therapy for childhood anxiety disorders using a manual-based cognitive-behavioral technique. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*, 1309–1312.

Walkup, J., Albano, A., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton S. & Sherrill, J. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359, 2753–2766.

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1990). Predictors of treatment outcome in parent training for families with conduct problem children. *Behavior Therapy*, 21, 319-337.

Weiner, B. (1980). *Human Motivation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion, *Psychological Review*, 92, 548-573.

World Health Organization (2004): *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options* Geneva: World Health Organization.

Anexo 1 - Escala de Melhoria Clínica

 	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
Instruções					
Modo de preenchimento do CÍRCULO : 	Modo de preenchimento do CÍRCULO no caso de engano : 				
A. Escala de melhoria clínica					
<input type="radio"/> Melhorou muitíssimo <input type="radio"/> Piorou minimamente <input type="radio"/> Melhorou muito <input type="radio"/> Muito pior <input type="radio"/> Melhorou minimamente <input type="radio"/> MUITÍSSIMO pior <input type="radio"/> Não houve mudança					
B. Avaliação da aprendizagem e aplicação da competências aprendidas pela criança durante a sessão					
B.1. Reconhecimento e expressão de emoções					
<input type="radio"/> Muito boa <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Suficiente <input type="radio"/> Insuficiente <input type="radio"/> Nada/Não aprendeu					
B.2. Competências de gestão somática					
<input type="radio"/> Muito boa <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Suficiente <input type="radio"/> Insuficiente <input type="radio"/> Nada/Não aprendeu					
B.3. Competências cognitivas - reconhecimento de pensamentos disfuncionais e identificação de pensamentos alternativos					
<input type="radio"/> Muito boa <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Suficiente <input type="radio"/> Insuficiente <input type="radio"/> Nada/Não aprendeu					
B.4. Exposição e utilização de estratégias positivas de confronto					
<input type="radio"/> Muito boa <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Suficiente <input type="radio"/> Insuficiente <input type="radio"/> Nada/Não aprendeu					
C. Avaliação da adesão da criança às tarefas de exposição entre sessões e durante a sessão					
<input type="radio"/> Elevada <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Pouca <input type="radio"/> Muito pouca <input type="radio"/> Nenhuma					
D. Avaliação da adesão da Família					
D.1. Comunicação com o clínico					
<input type="radio"/> Comunicação muito fácil <input type="radio"/> Contacto fácil <input type="radio"/> Contacto difícil <input type="radio"/> Contacto muito difícil <input type="radio"/> Não foi possível contactar					



D.2. Às sessões que envolviam os pais (2 sessões para pais, sessão conjunta com a criança e festa para pais)

- Participou em pelo menos 3 e pelos menos numa delas estavam presentes os dois progenitores
- Participou em três
- Participou em duas
- Participou apenas numa
- Não participou em nenhuma

D.3. Participação nas tarefas de exposição

- Elevada
- Bastante
- Pouca
- Muito pouca
- Nenhuma

D.4. Participação nas outras tarefas para casa

- Elevada
- Bastante
- Pouca
- Muito pouca
- Nenhuma

D.5. Obstáculos que impediram esta família de participar mais no acompanhamento da criança

- Por falta de disponibilidade
- Por resistência da própria criança/jovem
- Por desconhecimento
- Falta de motivação