

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Motivação para o Envolvimento num Programa de
Intervenção Parental e Adesão ao Programa ACT – *Raising
Safe Kids***

Susana Fuzeta da Ponte Nunes Capela

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia da Saúde e da
Doença**

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Motivação para o Envolvimento num Programa de
Intervenção Parental e Adesão ao Programa ACT – *Raising
Safe Kids***

Susana Fuzeta da Ponte Nunes Capela

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Isabel de Freitas Pereira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia da Saúde e da
Doença**

2020

Agradecimentos

Um agradecimento muito especial à professora Ana Isabel Pereira pelos conhecimentos que me transmitiu, pelo profissionalismo, pela disponibilidade para me ajudar e por todo o apoio ao longo deste percurso. Muito obrigada por ter sido minha orientadora. Vou levar os seus ensinamentos comigo para a minha vida profissional.

Um agradecimento à doutora Teresa Marques pela partilha de dados relativos ao estudo, pela disponibilidade e pelo apoio dado.

Um obrigada à minha família que sempre me apoiou ao longo deste percurso e que sempre me incentivou a ir mais longe. Obrigada pela confiança que demonstram em mim e nas minhas capacidades.

Um obrigada ao meu querido Pedro, pela força que me dás, pelo apoio e por toda a disponibilidade para me acompanhar ao longo deste percurso. Obrigada pelo carinho.

Um agradecimento à minha querida avó pelo carinho e incentivo.

À minha querida amiga Catarina, um obrigada pelo apoio, pelas conversas e pelo incentivo e força que me deste. Obrigada pelos momentos que passámos ao longo destes 5 anos.

Às minhas amigas de faculdade, muito obrigada pelos momentos vividos e por todo o apoio. Sem vocês nada teria sido igual.

Um agradecimento especial à Ana. Obrigada pela disponibilidade para me ajudar em qualquer ocasião e pelos conhecimentos que me transmitiu.

A todos os que me acompanharam neste percurso e que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, um grande obrigada.

Resumo

O baixo envolvimento e a elevada taxa de desistência limitam o impacto dos programas de intervenção parental. A motivação para a mudança é descrita como um fator chave para o envolvimento dos pais. O presente trabalho estuda a relação entre a motivação para a mudança e o envolvimento parental num programa de promoção da parentalidade positiva. Os objetivos do estudo são a caracterização da motivação para a mudança, do envolvimento parental, e análise da relação entre variáveis pré-intervenção (perceção de ajustamento dos filhos, perceção de autorregulação parental), a motivação para mudança e o envolvimento parental (assiduidade, participação ativa e desistência prematura) através do programa *ACT-Raising Safe Kids*.

Participaram 45 pais de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos de idade. A motivação para a mudança foi avaliada através da informação incluída no plano de mudança preenchido pelos pais no início da intervenção. As variáveis pré-intervenção foram avaliadas através de questionários preenchidos pelos pais. A assiduidade foi avaliada através da presença dos pais nas sessões. A participação ativa foi avaliada pelos facilitadores no final de cada sessão.

Registou-se uma assiduidade e uma participação ativa elevada, sendo que 27,3% dos pais desistiram prematuramente da intervenção. Relativamente à motivação para a mudança, os pais identificaram mudanças relacionadas com a autorregulação emocional, diminuição de práticas negativas e interações positivas com a criança. Os obstáculos identificados pelos pais foram cansaço e stress do dia-a-dia, e as características dos próprios progenitores. Um maior nível socioeconómico e grau de escolaridade dos pais e um menor número de filhos foram preditores de níveis mais elevados de envolvimento parental. Observaram-se vários preditores psicológicos do envolvimento parental. A perceção de níveis mais elevados de autorregulação parental, de menos problemas de ajustamento dos filhos e de objetivos de mudança centrados na família foram preditores de uma maior envolvimento parental na intervenção. Este estudo sugere a importância de adaptar as intervenções parentais tendo em conta as variáveis sociodemográficas, as necessidades dos pais e a motivação para a mudança. É necessário que investigações futuras continuem a estudar diferentes preditores psicológicos do envolvimento parental.

Palavras-chave: envolvimento parental, motivação para a mudança, intervenções parentais, barreiras, facilitadores

Abstract

Low parental engagement and high dropout limit the impact of parenting interventions. Motivation to change is a key factor for parental engagement. The present work studies the relationship between parental engagement and motivation to change. This study aims to characterize parental engagement, parental motivation to change and analyze the relationship between pre-intervention variables (perceived child adjustment, perceived parental self-regulation), motivation to change, and parental engagement (attendance, participation, and dropout) in the ACT- *Raising Safe Kids* program.

Forty-five parents of children aged between 3 and 6 participated in the study. Parental motivation to change was evaluated through the information given by parents at the beginning of the intervention. Pre-intervention variables were evaluated through questionnaires filled by parents also at the beginning of the intervention. Attendance was evaluated through the presence of the parents in the sessions. Participation was evaluated by the practitioner at the end of each session.

There were high attendance and participation. Only 27,3% of parents dropped out of the intervention. Concerning the motivation to change, parents identified changes related to emotional self-regulation, reduction of negative practices, and positive interactions with the child. The obstacles identified were the stress and characteristics of parents. High socioeconomic level, a higher level of parental education, and a lower number of children predicted a higher parental engagement. The variables that were more related to the involvement of parents in the intervention were perceived child adjustment, perceived parental self-regulation and perceived change objectives (child centred, or family centred). This study suggests the importance of adapting parental interventions considering socio-demographic variables, parental needs, and motivation to change. Future studies need to continue to study different psychological predictors of parental engagement.

Keywords: parental engagement, motivation to change, parental intervention, barriers, facilitators

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Revisão de Literatura	2
1. Programas de intervenção parental	2
2. Envolvimento dos pais nas intervenções parentais	3
2.1 Definição de envolvimento.....	3
2.2 Envolvimento parental como conceito multidimensional	3
2.3 Modelos processuais.....	4
3. Facilitadores e barreiras ao envolvimento	6
4. Motivação para a mudança e modelos teóricos	8
4.1 Teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1991)	8
4.2 Modelo das crenças de saúde (Rosenstock, 1988)	9
4.3 Modelo transteórico (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1993).....	11
4.4 O papel das atribuições na motivação dos pais para a mudança	13
4.5 Envolvimento dos pais nas intervenções parentais e motivação para a mudança: síntese de estudos.....	15
Capítulo II - Método	17
1. Objetivos do estudo.....	17
2. Desenho da investigação.....	17
3. Amostra.....	17
4. Medidas e instrumentos de avaliação	19
4.1 Dados sociodemográficos.....	19
4.2 Motivação para a mudança	20
4.3 Perceção de problemas de ajustamento nos filhos.....	20
4.4 Perceção de autorregulação parental	20
4.5 Assiduidade e desistência do programa.....	21

4.6	Participação dos pais na sessão	21
5.	Programa ACT- RSK.....	21
6.	Procedimento	24
6.1	Procedimentos de análise estatística.....	25
Capítulo III –	Análise dos Resultados	27
1.	Caracterização da Motivação para a mudança	27
2.	Caracterização do envolvimento parental	31
3.	Assiduidade, variáveis sociodemográficas, autorregulação dos pais, ajustamento da criança e motivação para a mudança.....	33
4.	Desistência prematura e variáveis sociodemográficas, autorregulação dos pais, ajustamento da criança e motivação para a mudança.....	35
5.	Participação ativa, variáveis sociodemográficas, autorregulação dos pais, ajustamento da criança e motivação para a mudança	38
5.1	Envolvimento ativo e as variáveis sociodemográficas, autorregulação dos pais, ajustamento da criança e motivação para a mudança	38
5.2	Mestria e as variáveis sociodemográficas, autorregulação e ajustamento da criança e da motivação para a mudança.....	40
Capítulo IV -	Discussão.....	43
1.	Envolvimento parental no programa ACT- RSK.....	43
2.	Caracterização da motivação para a mudança	44
3.	Envolvimento (assiduidade, desistência prematura e participação ativa), variáveis sociodemográficas e motivação para a mudança	45
Conclusão.....		49
Referências bibliográficas.....		51

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização das variáveis sociodemográficas dos pais.....	18
Tabela 2. Caracterização das variáveis sociodemográficas da criança.....	19
Tabela 3. Caracterização das sessões do programa ACT- <i>Raising Safe Kids</i> (APA, 2011; Knox, Burkhart, & Howe, 2011).....	22
Tabela 4. Caracterização das mudanças enunciadas no plano de mudança.....	28
Tabela 5. Caracterização dos obstáculos identificados no plano de mudança.....	29
Tabela 6. Caracterização dos obstáculos identificados pelos pais no plano de mudança.....	29
Tabela 7. Caracterização dos objetivos identificados pelos pais no plano de mudança.....	29
Tabela 8. Caracterização das réguas da motivação para a mudança.....	30
Tabela 9. Caracterização da assiduidade dos pais.....	31
Tabela 10. Caracterização da desistência prematura.....	31
Tabela 11. Caracterização da participação ativa.....	32
Tabela 12. Comparação da assiduidade em função das variáveis sociodemográficas através do teste Mann-Whitney	33
Tabela 13. Análise das correlações de Spearman entre a assiduidade e as variáveis sociodemográficas, variáveis pré- intervenção (percepção do ajustamento dos filhos, percepção de autorregulação parental) e relacionadas com a motivação para a mudança.....	34
Tabela 14. Teste Qui-quadrado e teste de Fisher para comprar a desistência com as variáveis sociodemográficas.....	35
Tabela 15. Comparação da desistência em função das variáveis sociodemográficas, , variáveis pré- intervenção (percepção do ajustamento dos filhos, percepção de autorregulação parental) e das variáveis relativas à motivação para a mudança.....	36
Tabela 16. Comparação do envolvimento ativo em função das variáveis sociodemográficas através do teste Mann- Whitney.....	38
Tabela 17. Análise das correlações de Spearman entre o envolvimento ativo e as variáveis sociodemográficas, variáveis pré- intervenção (percepção do ajustamento dos filhos, percepção de autorregulação parental) e relacionadas com a motivação para a mudança.....	39
Tabela 18. Comparação da mestria em função das variáveis sociodemográficas através do teste Mann- Whitney.....	40
Tabela 19. Análise das correlações de Spearman entre a mestria e as variáveis sociodemográficas, variáveis pré- intervenção (percepção do ajustamento dos filhos, percepção de autorregulação parental) e relacionadas com a motivação para a mudança.....	41

Introdução

O presente trabalho insere-se no âmbito do da Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica do Núcleo de Saúde e Doença da Faculdade de Psicologia Universidade de Lisboa. O estudo insere-se no projeto de doutoramento da Doutora Teresa Marques sob orientação das docentes Doutora Ana Isabel Pereira e Doutora Luísa Barros denominado *A relação entre a autorregulação parental e as práticas educativas: implicações para o treino parental*.

Neste estudo pretendeu-se estudar a relação entre o envolvimento parental e a motivação para a mudança no programa de intervenção parental ACT- *Raising Safe Kids*. Espera-se contribuir para o maior conhecimento do papel dos preditores psicológicos do envolvimento parental nas intervenções psicológicas. Na presente investigação, o envolvimento foi operacionalizado através de múltiplas dimensões como a assiduidade, a desistência prematura e a participação ativa (envolvimento ativo e mestria). Os objetivos específicos do estudo incluíram a caracterização do envolvimento parental, da motivação para a mudança e análise da relação entre variáveis pré-intervenção (perceção de problemas de ajustamento dos filhos, perceção de autorregulação parental), a motivação para mudança e o envolvimento parental, operacionalizado por diferentes indicadores, ao longo da intervenção.

A dissertação está organizada em capítulos. No capítulo I, encontra-se a revisão de literatura que pretende enquadrar o estudo e apresentar os principais modelos e teorias que existem descritos na literatura sobre o tema em estudo. O capítulo II corresponde ao método que engloba os objetivos gerais e específicos, o desenho da investigação, a descrição da amostra, as medidas e instrumentos de avaliação, a descrição do programa ACT- *Raising Safe Kids* e o procedimento. No capítulo III, encontra-se a análise dos resultados e no capítulo IV a discussão dos resultados encontrados com base na literatura. O último capítulo, apresenta uma conclusão refletindo sobre os principais resultados encontrados, principais contributos do estudo, algumas considerações para investigações futuras e limitações.

Capítulo I

REVISÃO DE LITERATURA

1. Programas de intervenção parental

Os programas dirigidos à promoção da parentalidade positiva são intervenções que promovem o ajustamento emocional e comportamental da criança através do envolvimento dos pais em intervenções dirigidas à promoção de práticas parentais positivas e diminuição de práticas disciplinares coercivas (Piotrowska et al., 2017). Os pais são incentivados a mudar o seu comportamento no sentido de eliminar fatores de risco e promover fatores de proteção do desenvolvimento das crianças (Pereira & Barros, 2019).

Estes programas têm sido desenvolvidos tendo como base dois modelos teóricos: cognitivo-comportamental e relacional. As abordagens cognitivo-comportamentais pretendem que os pais compreendam o impacto negativo da atenção e de práticas parentais mais coercivas em resposta aos problemas de comportamento e a falta de atenção que é dada a um comportamento positivo. Pretendem ainda ensinar estratégias práticas para promover os comportamentos positivos. Este tipo de abordagem tem mostrado eficácia em prevenir comportamentos antissociais das crianças na escola e em casa e também melhorar o ajustamento parental (Serketich & Dumas, 1996). As abordagens relacionais, pretendem melhorar as interações entre os pais e a criança, aumentar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento das crianças e alterar atribuições inadaptadas (Mytton, Ingram, Manns, & Thomas, 2014).

Barlow, Smailagic, Ferriter, Bennett, e Jones (2010) referem que, durante a intervenção, os pais podem envolver-se em diversas atividades como *role-play*, discussões, aprendizagem de estratégias através de vídeos e tarefas para realizar em casa. Estes programas podem ser individuais, de grupo, presenciais, online e podem ocorrer em diversos locais (clínicas, escolas, hospitais, jardins-de-infância) (Piotrowska et al., 2017). Normalmente duram 8 a 14 semanas, com sessões semanais entre 1-2 horas (Tully & Hunt, 2016).

Os pais podem ter diversos papéis neste tipo de programas. Além de modificarem o seu comportamento e conduta, podem dar informação sobre a criança aos profissionais, ajudar a criança a aprender e a generalizar as competências que são ensinadas, entre outras estratégias (Pereira & Barros, 2019).

Embora as mães estejam habitualmente mais presentes e mais envolvidas nos programas parentais do que os pais, sabe-se que o papel do pai na intervenção é muito importante e que, quando este está presente, há mais mudança no comportamento da criança e nas práticas parentais (Lundahl, Tollefson, Risser, & Lovejoy, 2008). O ideal, nos programas, será a participação de ambos os pais, de forma a reforçar a coparentalidade (Piotrowska et al., 2017).

A evidência indica que estas intervenções trazem benefícios para todos os pais e crianças, embora estes programas sejam principalmente frequentados por pais de crianças que estão em risco (Mytton et al., 2014). Por outro lado, muitos pais escolhem não participar e os que participam têm elevadas taxas de desistência (Andrade, Browne, & Naber, 2015; Kazdin & Wassell, 2000), sendo o baixo envolvimento dos pais e a elevada desistência dos programas um dos problemas mais significativos dos programas parentais.

2. Envolvimento dos pais nas intervenções parentais

2.1 Definição de envolvimento

O envolvimento (*engagement*) dos pais nas intervenções psicológicas é definido de várias formas na literatura. Seguidamente iremos abordar alguns modelos do envolvimento parental nas intervenções psicológicas.

2.2 Envolvimento parental como conceito multidimensional

Na literatura podemos encontrar diversos conceitos de envolvimento parental, que contemplam diferentes componentes.

Staudt (2007) defende que o conceito de envolvimento é constituído por duas componentes: *comportamental e atitudinal*. A primeira componente, comportamental, consiste na performance que o indivíduo tem nas tarefas que são necessárias para implementar a ação (intervenção) e para atingir os resultados esperados. A componente atitudinal refere-se ao investimento emocional e ao compromisso com a intervenção que se segue à crença de que a intervenção é benéfica. Os indivíduos que estão envolvidos emocionalmente, têm uma atitude mais positiva sobre a intervenção e sentem que a sua energia e empenho são válidas. Os indivíduos não vão estar envolvidos no programa a não ser que vejam que há mais benefícios do que barreiras/ custos (Staudt, 2007).

Há também autores que defendem uma conceitualização motivacional do envolvimento das crianças e dos pais em programas/ intervenções terapêuticos (King, Currie, & Petersen, 2012). O envolvimento é definido, por estes autores, como um compromisso/ investimento motivacional multidimensional com o papel de cliente durante o processo (King et al., 2012). Defendem que o envolvimento no processo é definido por três componentes: *envolvimento afetivo*, ou seja, envolvimento emocional no processo e com o profissional); *envolvimento cognitivo* que se refere às crenças sobre a necessidade de um programa/ intervenção terapêutica; e *envolvimento comportamental*, ou seja, a participação nas sessões, as crenças de autoeficácia, entre outros (King et al., 2012). Nesta concepção de envolvimento, um indivíduo envolvido é aquele que está otimista, está comprometido com a intervenção, com os objetivos e com a necessidade de participar, e que se sente confiante e capaz de participar. Este estado ótimo do cliente é trazido através de três processos que podem ser utilizados pelos terapeutas: *receptividade* (crença no processo terapêutico e no terapeuta e que estes podem levar aos resultados esperados); *vontade* (desejo que o cliente tem de investir no processo); e *autoeficácia* (crença que o cliente tem sobre a sua capacidade de se envolver e participar na intervenção) (King et al., 2012). Todas as componentes referidas neste modelo se influenciam mutuamente. Por exemplo, os clientes que estão otimistas em relação à intervenção têm maior probabilidade de estarem envolvidos comportamentalmente e de compreenderem melhor o seu racional (King et al., 2012).

Becker e colaboradores (2015) definem envolvimento como contendo três grandes domínios: *assiduidade* (presença dos participantes na intervenção); *adesão* (colaboração ativa dos indivíduos na intervenção, que vai aumentar a probabilidade de se chegar aos resultados esperados); e *preparação cognitiva* (que inclui as expectativas sobre a intervenção/ programa; a motivação para a mudança, a percepção dos recursos e barreiras, e as atitudes para com a intervenção/ programa).

Em conclusão, todas as propostas anteriores apresentam o envolvimento como um conceito multidimensional definido por diferentes componentes e dimensões: componente comportamental, atitudinal, motivacional e cognitiva.

2.3 Modelos processuais

Observam-se ainda na literatura algumas propostas que conceitualizam diferentes níveis e fases de envolvimento que ocorrem ao longo do tempo, oferecendo uma perspectiva mais dinâmica do envolvimento.

McCurdy e Daro (2001) propõem que o envolvimento dos pais começa por estes terem uma *intenção para o envolvimento*, associada a alguns fatores: fatores individuais (atitudes, percepção de custo e benefícios, preparação para mudar, normas subjetivas e experiências passadas), fatores relacionados com o profissional que está presente no programa (competência e questões culturais), fatores relacionados com o programa e fatores relacionados com a comunidade (por exemplo, capital social e desorganização social). Os fatores individuais são vistos como tendo uma influência primária nas intenções para o envolvimento (McCurdy & Daro, 2001). O *envolvimento (enrollment)*, segundo estes autores, é influenciado pela intenção para o envolvimento, mas também pela influência de dois tipos de fatores: individuais (normas subjetivas, por exemplo, percepção de que a rede social concorda e aprova o envolvimento dos pais nos programas de intervenção) e fatores relacionados com o programa (por exemplo, duração entre a aceitação do programa e o primeiro contacto) (McCurdy & Daro, 2001). Por sua vez, a *retenção* é também influenciada por fatores individuais (objetivos individuais relacionados com o programa e experiência subjetiva do programa), fatores relacionados com o profissional que está presente durante o programa (competência, questões culturais, treino), fatores relacionados com o programa (incentivos aos participantes, staff, supervisão) e fatores relacionados com a comunidade (que têm uma influência secundária, por exemplo através da coesão social e recursos) (McCurdy & Daro, 2001).

Por seu lado, Piotrowska e colegas (2017) definem envolvimento parental como sendo um processo constituído por quatro fases: recrutamento (*Connect*), assiduidade (*Attend*), participação (*Participate*) e implementação de novas estratégias e técnicas (*Enact*). O primeiro nível deste modelo, o recrutamento (*Connect*), está relacionado com a capacidade de o programa chegar até aos pais e de os fazer querer entrar no programa. A assiduidade (*Attend*) está relacionada com a presença nas sessões. A participação (*Participate*) difere da assiduidade, na medida em que está relacionada com o facto de os pais participarem nas discussões que surgem e de fazerem as atividades para casa (Piotrowska et al., 2017). Este último nível está relacionado com o termo *participação parental envolvida* (PPE) (Haine- Schlagel & Walsh, 2015), que engloba o papel cooperativo dos pais e o seu envolvimento ativo nas intervenções através da sua participação nas atividades e realização das tarefas para casa (Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2005). Estes três primeiros construtos do modelo são influenciados por fatores como características familiares, características das crianças, processos familiares (por exemplo, conflitos, doenças mentais, etc), fatores contextuais e fatores organizacionais (por exemplo, fatores relacionados com o programa, etc).

O modelo propõe ainda um nível relacionado com a ação dos pais (*enactment*) que traduz a implementação de novas estratégias e técnicas aprendidas durante o programa que, por sua vez, é mediada pela participação ativa dos pais durante o programa. Este nível de envolvimento é facilitado pela promoção das competências/conhecimentos dos pais (informação sobre a parentalidade, conhecimento de estratégias e competência para as implementar), autoeficácia (confiança que os pais têm nas suas capacidades de colocarem em prática estratégias) e atribuições pais-filhos (diz respeito às crenças que os pais têm sobre a saúde mental dos filhos e os problemas de comportamento) (Piotrowska et al., 2017).

Este modelo considera ainda o *contexto de implementação*. Este diz respeito ao percurso que os pais fazem, desde as estratégias/ competências adquiridas, a confiança e atribuições que estes têm até conseguirem implementar essas mesmas estratégias/ competências (*enactment*). Inclui três fatores: *aliança parental* (refere-se à existência de uma equipa parental na qual ambos os progenitores estão envolvidos em implementar estratégias relevantes), *crenças sobre os papéis parentais* (crenças sobre a importância do envolvimento do pai e da mãe) e *caos familiar* (por exemplo, barulho, conflito, etc) (Piotrowska et al., 2017).

Ambos os modelos veem o envolvimento como um processo dinâmico constituído por diferentes níveis e por diferentes categorias. O modelo de McCurdy e Daro (2001) define o envolvimento como um processo que é influenciado por diferentes fatores que estão a diferentes níveis de influência: familiares, relacionados com o profissional, com o programa e com a comunidade. O modelo de Piotrowska e colegas define o envolvimento como sendo definido por quatro grandes fases: recrutamento, assiduidade, participação e implementação de novas estratégias e técnicas.

3. Facilitadores e barreiras ao envolvimento

Sendo o envolvimento parental nas intervenções parentais essencial para a eficácia destas intervenções, é essencial identificar os seus facilitadores e barreiras, sendo que os facilitadores promovem o envolvimento e as barreiras são obstáculos que dificultam o envolvimento dos mesmos.

Spoth e Redmond (2000) realizaram uma revisão de literatura narrativa na qual encontraram alguns fatores que promovem o **envolvimento inicial em intervenções preventivas e comunitárias** e, também, as barreiras que estão associadas a este envolvimento. Identificaram vários fatores que influenciam o envolvimento: os *sociodemográficos familiares* (a educação parental mostrou estar relacionada positivamente com a perceção dos recursos que

os pais podem utilizar e com a sua disponibilidade para participarem em intervenções parentais) (Spoth & Redmond, 1995); as *crenças relacionadas com os comportamentos das crianças que preocupam os pais* (as mais evidentes foram a suscetibilidade percebida e a gravidade dos problemas – quanto maior gravidade era percebida, maiores os benefícios do programa percebidos pelos pais, o que levava a maior probabilidade de envolvimento dos pais) (Spoth & Redmond, 1995); as *crenças relacionadas com as intervenções que envolvem as famílias* (a percepção de benefícios do programa prediz a participação parental) (Spoth, Redmond, Kahn, & Shin, 1997, citado por Spoth & Redmond, 2000). Como barreiras ao envolvimento, foram identificadas questões com o horário (por exemplo, a duração do programa, as horas a que decorre pode constituir uma barreira para os pais se envolverem e participarem), resistência à participação por parte de um dos membros da família e problemas que dizem respeito à privacidade dos participantes (Spoth & Redmond, 2000).

O **modelo das barreiras ao tratamento** de Kazdin, Holland, e Crowley (1997), sugere que as famílias experienciam barreiras que contribuem para a **desistência das intervenções terapêuticas**. Estas barreiras incluem obstáculos práticos à participação, percepção de que a intervenção é exigente, percepção de que a intervenção tem pouca relevância para o problema em causa, e uma fraca relação terapêutica (Kazdin et al., 1997). A percepção de poucas barreiras à intervenção é um fator de proteção contra o abandono prematuro da intervenção (Kazdin et al., 1997).

Por seu lado, Mytton et al. (2014) realizaram uma **revisão sistemática onde identificaram os principais facilitadores e barreiras ao envolvimento dos pais em programas terapêuticos**. Como facilitadores encontraram: *programas baseados na teoria sociocognitiva* de Bandura e a aprendizagem de estratégias e competências para os pais lidarem com os problemas, *o treino e a empatia dos profissionais*, *a experiência de grupo* (conhecer outras pessoas, partilhar ideias, sentimento de segurança para falar, receber suporte e encorajamento para participar no programa), a adequação da *mensagem e conteúdo do programa*, *a acessibilidade* (horário e o lugar onde o programa tem lugar) e, por último, os *incentivos*, principalmente a oferta por parte do programa de refeições e de um lugar para que as crianças possam ficar supervisionadas.

Como barreiras encontraram *barreiras comportamentais* (dificuldades dos pais em mudar o seu comportamento, preferência de aprendizagem de estratégias que sejam centradas na criança), *dificuldades na transmissão de informação e no modelo utilizado para o programa* (didático, falta de foco, contexto cultural e as competências do profissional) ,*constrangimentos dos participantes* (medo de falar diante de um grupo, desconfiança, diferenças entre

participantes, cuidar dos outros filhos, duração das sessões; barreiras associadas com o estigma e género - pais sentem-se desconfortáveis em grupo no qual a maioria são mulheres, e o medo de ser rotulado como mau pai), *complexidade das intervenções e barreiras sociais e culturais* (estilos de vida complexos e caóticos, mudanças de casa frequentes, falta de apoio familiar, barreiras socioeconómicas, de linguagem e de literacia) (Mytton et al., 2014).

4. Motivação para a mudança e modelos teóricos

A motivação tem sido descrita como um estado de prontidão para realizar determinada tarefa que leva à mudança de comportamento (Nock & Ferriter, 2005). A motivação para a mudança/ envolvimento dos pais em intervenções psicológicas está dependente de alguns fatores: o desejo de envolvimento ou de mudança, a perceção da capacidade para se envolver ou mudar, o sentido de competência ou eficácia para implementar o que é necessário para a mudança ocorrer, as crenças de que a terapia ou intervenção é necessária e eficaz para promover a mudança, e a prontidão para o envolvimento/ mudança (Pereira & Barros, 2019). Estudos anteriores têm mostrado que a motivação para o tratamento é um fator chave no processo e que uma falta de motivação leva a piores resultados, pobre adesão e desistência (Miller & Rollnick, 2002, citado por Nock & Photos, 2006).

Seguidamente, abordam-se diferentes modelos que podem ser úteis para compreender a motivação para a mudança e, em particular, a motivação para o envolvimento dos pais nos programas parentais.

4.1 Teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1991)

A teoria do comportamento planeado teve origem na teoria da ação razoável de Fishbein (1967) que defende que o principal determinante do comportamento é a intenção. Assume que a intenção tem dois determinantes: as *atitudes comportamentais* e as *normas subjetivas*. A teoria do comportamento planeado vem acrescentar o *controlo comportamental percebido* como um outro determinante da intenção (Montano & Kasprzyk, 2008).

A atitude comportamental perante o comportamento diz respeito à avaliação favorável ou desfavorável que o indivíduo faz do comportamento em questão. Integra as crenças comportamentais relativas ao prejuízo/ benefício que as consequências do comportamento terão nos indivíduos (Ajzen, 1991). A norma subjetiva, que integra as crenças normativas, refere-se à pressão social percebida para consumir ou não consumir o comportamento. O controlo comportamental percebido diz respeito à perceção que o indivíduo tem de dificuldade ou facilidade em executar o comportamento em causa. O controlo é baseado na *autoeficácia* (crença que o indivíduo tem de que é capaz de realizar o comportamento e de que tem recursos

disponíveis) e na *controlabilidade* (crença de que é capaz de controlar o seu desempenho ou se os fatores externos determinam a possibilidade de realizar o comportamento) (Ajzen, 2002).

De acordo com esta teoria, o *controle comportamental percebido*, juntamente com a *intenção* são preditores da ocorrência de determinado comportamento (Ajzen, 1991). Quando o comportamento não sugere problemas de controle, pode ser predito a partir da *intenção* (Ajzen, 1988, citado por Ajzen, 1991). Em geral, quanto mais favorável for a atitude, norma subjetiva e o controle comportamental percebido, mais forte será a intenção do indivíduo.

Resumindo, esta teoria postula que a intenção se refere à prontidão do indivíduo para realizar determinado comportamento. Esta intenção tem três determinantes: a atitude comportamental (que está relacionada com as crenças comportamentais), a norma subjetiva (relacionada com as crenças subjetivas) e o controle comportamental percebido (relacionado com as crenças de controle). Quanto mais favoráveis forem estes determinantes, mais forte será a intenção para o indivíduo realizar determinado comportamento (Ajzen, 1991).

Wellington, White e Liopsis (2006) realizaram um estudo quantitativo com o objetivo de identificar os preditores da intenção dos pais em participar numa intervenção parental, à luz da teoria do comportamento planeado. Participaram 176 pais (138 mães e 38 pais) que tinham pelo menos um filho com menos de 12 anos de idade. Foram recrutados em jardins de infância, centros para as crianças e escolas públicas e privadas. Foi utilizado um questionário para avaliar a intenção de participação e as crenças comportamentais, normativas e de controle. Os resultados revelaram que, relativamente às crenças comportamentais, os pais que tinham intenção de participar afirmavam que, melhorar a relação com os seus filhos e estar num ambiente de ajuda e compreensão, resultava na participação em programas de intervenção. Os pais que não tinham intenção de participar estavam mais focados nos custos/ obstáculos da participação. Relativamente às crenças normativas, os pais que tinham intenção de participar afirmavam que tinham o apoio dos amigos, da família, e que todos consideravam que deviam participar no programa. Relativamente às crenças de controle, os pais que não tinham intenção de participar relatavam que o cansaço era um obstáculo à sua participação (Wellington et al., 2006).

4.2 Modelo das crenças de saúde (Rosenstock, 1988)

Este modelo foi criado para se perceber os comportamentos preventivos dos indivíduos relacionados com a saúde (Rosenstock, 1974). Este modelo sugere que as ações relacionadas com a saúde dependem simultaneamente da ocorrência de três fatores: (1) existência de motivação ou de preocupação com a saúde; (2) crença de que há vulnerabilidade a um problema

de saúde; e (3) a crença de que seguindo a recomendação de um comportamento de saúde irá diminuir a ameaça percebida a um custo aceitável, sendo que o custo se refere às barreiras percebidas (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988).

Para a mudança no comportamento ocorrer, o indivíduo tem de se sentir ameaçado pelo seu padrão de comportamento (susceptibilidade e gravidade percebidas) e acreditar que o seu novo comportamento irá levar a novos benefícios (benefícios percebidos). Deve também sentir-se competente (autoeficácia) para encontrar as barreiras que possam surgir (barreiras percebidas) (Champion & Skinner, 2008).

Os principais construtos deste modelo são: *susceptibilidade percebida* (refere-se à crença que a pessoa tem de que é vulnerável a uma determinada condição), *gravidade percebida* (sentimentos que o indivíduo tem sobre a gravidade de contrair uma condição ou de não a tratar ou das consequências sociais que poderá trazer). A susceptibilidade percebida e a gravidade percebida juntas são denominadas como ameaça percebida (Champion & Skinner, 2008).

Os *benefícios percebidos* referem-se aos ganhos que adotar um comportamento para reduzir a ameaça tem. Um indivíduo que não tenha crenças de susceptibilidade e de gravidade não vai aceitar uma recomendação de um determinado comportamento a não ser que veja que esse comportamento lhe possa trazer benefícios na redução da ameaça. O construto de *barreiras percebidas* refere-se aos potenciais aspectos/ consequências negativas percebidas pelos indivíduo ao realizar determinado comportamento e que levam a que esse comportamento não seja adotado (Champion & Skinner, 2008).

Os últimos dois construtos deste modelo são as *pistas para a ação*, i.e., os sinais ou contingências internas ou externas que orientam para a ação e a *autoeficácia*, i.e., as crenças do indivíduo nas suas capacidades para realizar determinado comportamento (Bandura, 1998). Há uma distinção entre expectativas de autoeficácia e expectativas de resultado (Champion & Skinner, 2008). Este modelo considera ainda as variáveis demográficas, sociopsicológicas e estruturais que podem influenciar as percepções do indivíduo.

O modelo de crenças de saúde foi adotado para compreender o envolvimento parental nos programas de intervenção. Spoth e Redmond (1995) realizaram uma revisão de literatura narrativa com o objetivo de estudar o envolvimento parental em intervenções preventivas. Encontraram que a percepção de benefícios associados ao programa leva a um maior envolvimento e a percepção de barreiras está associada a uma diminuição no envolvimento. Quando os pais percebem o problema como grave, percebem mais benefícios associados ao envolvimento no programa. A percepção da gravidade de um problema pode levar os pais a valorizarem informação sobre o programa e a verem-no como uma oportunidade. Já a

componente da percepção de que o filho é suscetível a determinado problema não mostrou estar relacionada com a percepção de benefícios do programa. Uma possível explicação seria o desacordo da percepção entre ambos os pais e o facto de os pais não verem os programas como uma possível prevenção/solução para determinado problema. Este trabalho sugere também a importância de se reduzir as barreiras para as famílias com menos recursos como definir um horário e um local adequado às famílias (Spoth & Redmond, 1995). Um outro estudo quantitativo de Thornton e Calam (2010) teve como objetivo investigar a validade do modelo de crenças de saúde em relação à intenção dos pais para estarem presentes num programa de intervenção parental. Os participantes eram 53 pais de crianças entre os 4 e os 7 anos recrutados através de uma escola primária. Foram avaliados os construtos do modelo de crenças de saúde (através de um questionário), as dificuldades emocionais e comportamentais das crianças (através do questionário de capacidades e dificuldades SDQ de Goodman, 1999) e foi ainda avaliada a assiduidade dos pais através da monitorização da presença dos pais. Foi encontrado que a percepção de um elevado nível de problemas comportamentais da criança e a percepção de benefícios e de baixas barreiras associadas ao programa contribui para uma maior intenção dos pais em participar no programa (Thornton & Calam, 2010).

4.3 Modelo transteórico (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1993)

Este modelo descreve diferentes fases de mudança para integrar processos e princípios de mudança das grandes teorias de intervenção (Prochaska, Redding, & Evers, 2008). Retrata o processo de mudança através de 6 fases: *pré-contemplação*, *contemplação*, *preparação*, *ação*, *manutenção* e *término*. Estes autores desenvolveram o seu modelo com base em estudos empíricos realizados com fumadores onde identificaram vários processos e fases de mudança que os fumadores passavam para deixarem de fumar. Mais tarde, este modelo foi aplicado a outros problemas de saúde e de saúde mental como o alcoolismo, abuso de substâncias, entre outros (Prochaska et al., 2008).

A teoria é baseada em algumas assunções críticas sobre a natureza da mudança no comportamento e sobre intervenções que ajudam no processo de mudança, entre elas: a mudança do comportamento é um processo que se revela ao longo do tempo e através de uma sequência de fases de mudança; a maioria da população em risco não está preparada para a ação e não irá aceder ou beneficiar dos programas de intervenção terapêutica; os processos específicos e princípios de mudança devem ser enfatizados de acordo com a fase em que o indivíduo se encontra para garantir a máxima eficácia (Prochaska et al., 2008).

Na fase da pré-contemplação, não há intenção de mudar o comportamento no futuro e não há consciência de que existe um comportamento que necessita de mudança. Nesta fase os indivíduos apenas mostram interesse em mudar quando se sentem pressionados pelos outros. Quando já não há essa pressão, a mudança fica suspensa (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1993).

A fase de contemplação é caracterizada por uma consciencialização de que o problema existe e de que é necessário mudar (Prochaska et al., 2008). No entanto, ainda não há um comprometimento em partir para a mudança. O indivíduo sabe o que quer e onde quer chegar, mas ainda não está preparado. Os indivíduos podem permanecer neste estágio por longos períodos. Um aspeto importante para promover a preparação para a mudanças neste estágio é avaliar os prós e os contras da mudança (Prochaska et al., 1993). Estes prós e contras podem levar a que o indivíduo sinta alguma ambivalência (Prochaska et al., 2008).

Na terceira fase, preparação, o indivíduo tem intenção de mudar o seu comportamento muito em breve. Já tem um plano de ação e já fez algumas mudanças no passado. Os indivíduos nesta fase estão prontos para ser recrutados para programas de intervenção terapêutica (Prochaska et al., 2008).

A ação é a fase onde os indivíduos alteram o seu comportamento, experiências e o ambiente para resolverem os seus problemas. A mudança é mais visível pelos outros e é preciso saber fazer-se esse reconhecimento. Os profissionais devem preocupar-se com esta fase e o período que se segue para a mudança se manter (Prochaska et al., 1993).

A fase da manutenção é caracterizada pelo trabalho que o indivíduo tem para evitar voltar ao comportamento que foi alterado. Há uma necessidade de estabilizar a mudança que ocorre (Prochaska et al., 1993) e uma maior confiança de que se consegue manter a mudança (Prochaska et al., 2008).

Por último, na fase de término, o indivíduo tem mais autoeficácia e já consegue manter os novos comportamentos. Seria como se nunca tivesse o comportamento de risco anterior (Prochaska et al., 2008). Por fim, se o indivíduo volta ao comportamento anterior, situar-se-á na fase da *recaída*.

Andrade e colaboradores (2015) realizaram um estudo, utilizando uma amostra clínica, com o objetivo de estudarem a motivação para a mudança dos pais. Os participantes foram 143 pais e os seus filhos que estavam a ser acompanhados num centro de saúde mental. A motivação para a mudança foi avaliada através da escala de motivação para a mudança (*Parent Readiness for Change Scale* (PRCS) de Littell & Girvin, 2005). Esta escala inclui itens do modelo transteórico de mudança que permite identificar se os pais estão na fase de pré-contemplação,

contemplação ou de ação. Foi ainda avaliada a parentalidade através de um questionário (*Alabama Parenting Questionnaire- Short*, APQ-S, de Shelton, Frick, & Wootton, 1996). Este questionário avalia as capacidades parentais através de itens que dizem respeito a três subescalas: parentalidade positiva, disciplina inconsistente e falta de supervisão. Foram identificados três perfis: pais que foram considerados como estando prontos para a intervenção por terem pontuações elevadas a nível das escalas de contemplação e de ação e por terem uma percepção tanto das suas capacidades parentais positivas assim como da sua disciplina inconsistente. Um segundo perfil que incluiu pais que não identificaram necessidade de intervenção devido a um elevado nível de pré-contemplação, e baixos níveis de contemplação e de ação, percepção de elevadas capacidades parentais positivas e percepção de baixos níveis de parentalidade inconsistente ou de falta de capacidades de supervisão. Um terceiro perfil dizia respeito aos pais que estavam quase prontos para a mudança por terem níveis intermédios nas três escalas e por terem uma baixa percepção de parentalidade positiva e uma elevada percepção de terem uma disciplina inconsistente (Andrade et al., 2015).

4.4 O papel das atribuições na motivação dos pais para a mudança

Morrissey-Kane e Prinz, (1999) aplicaram o modelo de Wainer para explicar o papel das atribuições (locus, estabilidade e controlabilidade) relativamente aos problemas da criança na motivação dos pais para a mudança e para se envolverem nas intervenções. O modelo sugere que os pais que são ineficazes em modificar o comportamento da criança vão fazer atribuições referentes a eles e à criança que irão influenciar a sua resposta afetiva, expectativas para o futuro e o seu comportamento. Os pais que têm atribuições negativas (o locus não está nos pais, o comportamento é incontrolável e estável) vão sentir maior apatia e menor esperança. Quando os pais percebem o comportamento da criança como disposicional (o locus está na criança), o comportamento é visto como intencional e estável o que leva a sentimentos de vergonha, raiva e de falta de esperança. Estes sentimentos vão afetar a participação e a motivação na intervenção. Assim, deve-se ter em consideração as atribuições dos pais, pois estas afetam o envolvimento e a motivação parental (Morrissey-Kane & Prinz, 1999).

Peters, Calam, e Harrington (2005) realizaram um estudo com o objetivo de estudar se as atribuições parentais e as emoções expressas explicavam a desistência dos pais de programas de intervenção parental. Como participantes foram recrutadas 75 mães de crianças entre os 3 e 10 anos de idade, com critérios para perturbação do comportamento ou comportamento desafiante. As mães foram recrutadas através de centros de saúde mental para participarem num programa de intervenção parental. Foram avaliadas as características clínicas (através de

registos médicos), os problemas de comportamento da criança (através do questionário *Eyberg Child Behaviour Inventory*, ECBI, de Eyberg & Ross, 1978 e da *Entrevista Semi-estruturada Familiar Camberwell*, CFI, de Vaughn & Leff, 1976), e as atribuições (que foram identificadas por uma entrevista cujo conteúdo foi avaliado através do *Leeds Attribution Coding System*, LACS, de Stratton, Munton, Hanks, Heard, & Davidson, 1988). Em relação às atribuições realizadas em relação ao comportamento da criança, foram codificadas as dimensões de controlo/falta de controlo, externalização/internalização para o papel da mãe e da criança e estabilidade e universalidade para o papel da criança. Foram ainda avaliadas as emoções expressas medidas através da entrevista realizada e através do que o entrevistado dizia sobre a criança (tom e conteúdo) e através do comportamento e da expressão do entrevistado (tom, comportamento emocional ou elogios excessivos). Foram ainda avaliados os sintomas de depressão das mães através do Inventário da depressão (*Beck Depression Inventory* de Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). A presença nas sessões era registada pelos dinamizadores. Os resultados sugeriram que as mães que tinham atribuições de responsabilidade do comportamento centradas na criança e que eram críticas do comportamento da criança não tinham maior probabilidade de desistirem prematuramente do programa de intervenção, como esperado. No entanto, foi ainda encontrado que quando as mães tinham uma maior perceção de controlo em relação ao comportamento dos seus filhos, estas tinham maior probabilidade de participar no programa de intervenção parental (Peter set al., 2005).

Miller e Prinz (2003) realizaram um estudo com três principais objetivos: estudar o impacto das características das intervenções no envolvimento e desistência num programa parental, tendo em conta as cognições parentais; estudar os fatores da pré-intervenção que prediziam o envolvimento da família; e, ainda, estudar o impacto da alteração do tipo de intervenção tendo em conta determinadas características dos pais (por exemplo, os pais com atribuições de externalização recebiam intervenções apenas centradas nos pais). Os participantes eram 147 famílias com filhos rapazes, com idades compreendidas entre os 5 e os 9 anos de idade, que tinham um perturbação do comportamento ou comportamento agressivo. As características pré-tratamento foram medidas através de um questionário que recolhia informação demográfica assim como a história da família. Para medir o stress familiar, os autores contruíram questões que os pais tinham de pontuar através de uma escala de *Likert* de 0 a 7. Os problemas comportamentais e a agressividade foram avaliados através do *Child Behavior Checklist* ou do *Teacher Report Form* de Achenbach (1991). A participação e o envolvimento foram medidos através de dois índices: a percentagem de sessões a que a família

foi (dividindo o número de sessões a que a família foi pelo número total de sessões); a percentagem de atrasos às sessões (calculada através da divisão do número de vezes a que a família chegou tarde pelo número total de sessões). Relativamente à motivação parental, foram medidas as expectativas e atribuições dos pais relativamente ao comportamento da criança. Eram feitas duas perguntas pelo telefone à família (*Porque estão a procurar ajuda neste momento? O que esperam conseguir através da intervenção?*). Através destas perguntas eram caracterizadas as atribuições parentais como tendo um locus externo ou interno. Como principais resultados, encontraram que as famílias que tinham atribuições externas (por exemplo, expectativas de que a intervenção se ia centrar na criança) eram aquelas que desistiam prematuramente, (tanto no caso das intervenções centradas nos pais, como no caso das intervenções centradas na criança). Encontraram ainda que os pais tinham maior probabilidade de desistir quando estavam numa intervenção que não ia de encontro às suas atribuições (por exemplo, atribuíam o comportamento à criança e estavam numa intervenção centrada nos pais) (Miller & Prinz, 2003).

4.5 Envolvimento dos pais nas intervenções parentais e motivação para a mudança: síntese de estudos

O baixo envolvimento e as elevadas taxas de desistências dos pais nos programas parentais interferem com a efetividade e o alcance destes programas. As principais dimensões que influenciam o envolvimento, segundo a literatura e as quais estão mais estudadas, são a motivação para a mudança e fatores relacionados com o indivíduo e com o programa. (Becker et al., 2015; King et al., 2012; McCurdy & Daro, 2001; Staudt, 2007; Piotrowska et al., 2017). A literatura identificou várias barreiras e facilitadores ao envolvimento parental, como características sociodemográficas, as crenças dos pais relativamente aos problemas dos filhos, crenças relacionadas com a intervenção (Spoth & Redmond, 1995; 2000).

A motivação tem sido descrita como um estado de prontidão para realizar determinada tarefa que leva à mudança de comportamento (Nock & Ferriter, 2005). Há alguns modelos teóricos que são úteis para entender este conceito como a teoria do comportamento planeado, modelo das crenças de saúde, o modelo transteórico e o modelo das atribuições. Estes modelos descrevem diferentes dimensões que influenciam o comportamento dos indivíduos como a intenção e os seus determinantes (Ajzen, 1991), a perceção que o indivíduo tem do comportamento e dos benefícios e dificuldades que lhe estão associados (Champion & Skinner, 2008) e as atribuições dos pais relativamente às dificuldades das crianças (Morrissey-Kane &

Prinz, 1999). O modelo transteórico retrata o processo de mudança através de 6 fases: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e término (Prochaska et al., 2008).

Na literatura, há poucos estudos que se dediquem ao estudo do papel de preditores psicológicos do envolvimento parental nas intervenções psicológicas. Para além disso, a maioria dos estudos utiliza indicadores do envolvimento parental mais objetivos como a assiduidade e a desistência. O presente trabalho pretendeu contornar estas limitações, através do estudo do envolvimento parental num programa de promoção da parentalidade positiva, o programa ACT – *Raising Safe Kids* (ACT - RSK) e da análise da relação entre a motivação para mudança e o envolvimento parental no programa, operacionalizado por diferentes indicadores.

Capítulo II

MÉTODO

1. Objetivos do estudo

Este estudo teve como objetivo estudar a motivação para o envolvimento e o próprio envolvimento parental no programa ACT- *Raising Safe Kids*. Os objetivos específicos deste estudo foram: **1)** caracterizar o envolvimento parental no programa ACT- *Raising Safe Kids*, **2)** caracterizar diferentes variáveis relacionadas com a motivação parental para a mudança no início da intervenção (objetivos centrados nos pais, na família ou na criança, obstáculos identificados e réguas da prontidão, importância e confiança), **3)** analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e o envolvimento parental durante o programa (assiduidade, a desistência e a participação ativa (envolvimento ativo e mestria), **4)** analisar a associação entre variáveis pré-intervenção (perceção de problemas de ajustamento nos filhos e de autorregulação parental), a motivação para a mudança no início da intervenção e o envolvimento parental durante o programa.

2. Desenho da investigação

Este é um estudo correlacional prospetivo, uma vez que pretendeu estudar como é que determinadas dimensões avaliadas num primeiro momento (motivação para a mudança) se associaram longitudinalmente a outras variáveis que foram avaliadas posteriormente (assiduidade, desistência e envolvimento ativo). A análise de dados foi predominantemente quantitativa, com algumas dimensões avaliadas qualitativamente.

3. Amostra

No estudo participaram 45 sujeitos, sendo destes 84,4% mães e 5,6% pais, como se pode ver na Tabela 1. As mães tinham idades compreendidas entre os 23 e os 43 e os pais tinham idades compreendidas entre os 24 e os 57 anos. Relativamente à escolaridade, 60% das mães e 35,6% dos pais concluí o ensino superior.

Relativamente à situação conjugal, a maioria dos pais vivia maritalmente ou eram casados. As famílias tinham entre 2 e 6 elementos no agregado familiar.

No que diz respeito ao nível socioeconómico dos pais, a maioria tinha um nível alto ou médio alto.

Tabela 1*Caracterização das variáveis sociodemográficas dos pais*

Variáveis	N	%	MS	SD	Min.- Max.
Sexo					
Feminino	38	84,4			
Masculino	7	15,6			
Idade					
Pai			38,18	6,21	24-57
Mãe			35,20	4,57	23-43
Situação conjugal					
Casados	13	28,9			
Divorciados	3	6,7			
Separados	5	11,1			
Solteiros	4	8,9			
Vivem maritalmente	20	44,4			
Nº elementos do agregado					
			3,64	0,91	2-6
Nível socioeconómico					
Alto	16	35,6			
Baixo	5	11,1			
Médio alto	14	31,1			
Médio baixo	10	22,2			
Escolaridade Mãe					
≤ 4 anos de escolaridade	2	4,4			
6 anos de escolaridade	1	2,2			
9 anos de escolaridade	3	6,7			
12 anos de escolaridade	12	26,7			
Concluiu ensino superior	27	60			
Escolaridade Pai					
≤ 4 anos de escolaridade	2	4,4			
6 anos de escolaridade	2	4,4			
9 anos de escolaridade	13	28,9			
12 anos de escolaridade	12	26,7			
Concluiu ensino superior	16	35,6			

Relativamente às crianças, 37,8% eram do sexo feminino e 62,2% eram do sexo masculino. As idades estavam compreendidas entre os 3 e os 6 anos. A maioria das crianças vivia com a mãe e o pai e era o primeiro filho. O número de irmãos estava compreendido entre 0 e 7, mas a maioria das crianças tinha apenas um irmão (Tabela 2).

Tabela 2

Caracterização das variáveis sociodemográficas da criança

Variáveis	<i>N</i>	%	<i>MS</i>	<i>SD</i>	Min.- Max.
Sexo					
Feminino	17	37,8			
Masculino	28	62,2			
Idade					
			4,59	1,22	3-6
Coabitação					
Mãe e pai	33	73,3			
Só com a mãe	9	20			
Outros	2	4,4			
Nº irmãos					
			1,18	1,28	0-7
Ordem na fratria					
1º filho	28	62,2			
2º filho	10	22,2			
3º filho	6	13,3			

4. Medidas e instrumentos de avaliação

4.1 Dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos foram recolhidos através de um questionário com questões relativas aos dados sociodemográficos dos pais – como a idade do pai, a idade da mãe, o grau de escolaridade, número de elementos do agregado familiar e estado civil - e das crianças – como a idade, o sexo, o número de irmãos, ordem na fratria e coabitação.

4.2 Motivação para a mudança

A motivação para a mudança foi avaliada na primeira sessão através de escala de *Likert* de 10 pontos (1 a 10). Os pais tinham de classificar as mudanças pretendidas nas réguas relativamente à importância das mudanças, à confiança que tinham para fazer essas mudanças e relativamente à prontidão para realizar as mudanças identificadas. Através de uma ficha designada de Plano de Mudança II, foram identificadas as mudanças pretendidas pelos pais, os motivos pelos quais os pais pretendiam fazer essas mudanças, os objetivos que queriam alcançar com essas mudanças e os obstáculos que foram identificados à realização dessas mudanças.

4.3 Perceção de problemas de ajustamento nos filhos

Foi utilizado o questionário *Capacidades e dificuldades (The Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ)* para avaliar a perceção dos pais dos problemas das crianças. É constituído por 25 itens que estão divididos em 5 escalas: problemas comportamentais, hiperatividade, sintomatologia emocional, problemas com os pares e comportamentos pró-sociais. As primeiras quatro escalas dão origem a um total de dificuldades. Tem uma versão para crianças, pais e professores. A resposta a cada item é dada com pontuação de 0 (*não é verdade*), 1 (*é um pouco verdade*) e 2 (*é verdade*) (Goodman, Metzger, & Bailey, 1998). Neste estudo, foi utilizada a versão para os pais, informantes externos. Este instrumento inclui uma escala de impacto que permite perceber qual o impacto do problema tendo em conta a sua duração, perturbação, impacto a nível social e o quanto perturba os outros (Goodman, 1999). No presente estudo, este instrumento foi utilizado para avaliar o ajustamento da criança antes da intervenção através das dimensões impacto do problema, problemas de externalização e internalização, total de dificuldades identificadas, reconhecimento do problema e duração do problema.

4.4 Perceção de autorregulação parental

Foi utilizada a escala de autorrelato *Me as a parent (Maap)* de Hamilton, Matthews, e Crawford, 2015. Avalia a perceção que os pais têm sobre a sua autorregulação relativamente à parentalidade. É constituída por 16 itens que avaliam a autoeficácia (crenças parentais sobre a sua efetividade a resolver e ultrapassar problemas relacionados com a parentalidade), a agência pessoal (locus de controlo do comportamento dos filhos atribuído aos esforços parentais em vez de serem atribuídos ao acaso ou ao crescimento pelos pais), autogestão

(estabelecimento de objetivos, automonitorização e autoavaliação do papel dos pais com o objetivo de se tornarem autossuficientes), autossuficiência (os pais têm independência na resolução de problemas utilizando os seus próprios recursos ou conseguindo identificar outros disponíveis) (Marques, Pereira, & Barros, 2017). As respostas aos itens são dadas segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos (Hamilton et al., 2015). Foi adaptado à população portuguesa e mostra ser um instrumento fiável para avaliar a autorregulação dos pais (Marques et al., 2017). No presente estudo, foi utilizada a adaptação portuguesa da escala (Marques et al., 2017) para avaliar a autorregulação dos pais antes da intervenção.

4.5 Assiduidade e desistência do programa

A assiduidade foi medida através do registo da presença dos pais no programa. A desistência do programa foi medida através do registo das sessões em que os pais participavam e aquelas a que faltavam. Os pais que estiveram apenas presentes em quatro ou menos sessões foram considerados como não tendo completado o programa.

4.6 Participação dos pais na sessão

Em relação a cada uma das sessões, os facilitadores avaliaram através de uma escala de *Likert* de 4 pontos (de 0 até 3) cada um dos participantes, nas seguintes dimensões: envolvimento ativo e mestria.

O envolvimento ativo foi avaliado com base nos seguintes indicadores: nível de atenção, participação no trabalho individual ou de grupo, forma atenta/ esforçada com que a mãe/pai responde questões dos outros e iniciativa da mãe/pai para participar.

A mestria foi avaliada com base no nível de competência que o (a) pai/ mãe mostrou durante a sessão, revelando compreender os conteúdos da sessão, e/ou revelando uma boa mestria de competências que o programa procura promover, por exemplo, boa capacidade de automonitorização, de estabelecer objetivos, de planeamento, de implementação desses objetivos, etc.

5. Programa ACT- RSK

Este é um programa baseado na teoria sociocognitiva de Bandura e tem como principal objetivo promover a resiliência das famílias e providenciar estratégias aos pais e cuidadores de crianças entre os 0 e os 8 anos de idade. Este programa pretende promover o conhecimento sobre o desenvolvimento da criança, aumentar a regulação emocional dos pais e o recurso a estratégias de disciplina sem usar violência, aumentar o conhecimento sobre o efeito das novas

tecnologias nas crianças, e promover a eficaz resolução de problemas (Weymouth & Howe, 2011). O *ACT-Raising Safe Kids* foi desenvolvido pelo departamento contra a violência da Associação Americana de Psicologia (APA).

Este é um programa organizado em 9 sessões (caracterizadas na Tabela 9), uma por semana, com a duração de duas horas. Durante as sessões, os pais participam em diferentes atividades como role-play e discussão em pequenos grupos (Weymouth & Howe, 2011).

Os estudos sobre a eficácia/efetividade destes programas mostram que a aplicação deste programa tem como resultados a redução da violência física e verbal dos pais (por exemplo, Portwood, Lambert, Abrams, & Nelson, 2011), o aumento dos comportamentos parentais positivos (por exemplo, Knox, Burkhart, & Cromly, 2013; Pedro, Altafim, & Linhares, 2017), a diminuição dos problemas comportamentais das crianças (por exemplo, Altafim et al., 2016; Pedro et al., 2017), uma melhoria na gestão da raiva e um aumento da monotorização do impacto dos media nas crianças (por exemplo, Porter & Howe, 2008). Relativamente à retenção dos participantes no programa, vários estudos mostram que se encontra entre os 53 e os 86% (por exemplo, Knox, Burkhart, & Cromly, 2013; Poter & Howe, 2008).

Tabela 3

Caracterização das sessões do programa ACT- Raising Safe Kids (APA, 2011; Knox, Kimberly & Howe, 2011)

Sessão	Conteúdo/objetivos
Sessão 0	Apresentação dos facilitadores, do grupo e do programa. Identificação dos objetivos e expetativas dos pais, discussão sobre a importância de mudar os comportamentos e avaliação pré- programa. Promoção da motivação dos pais para a mudança.
Sessão 1	Compreensão do comportamento da criança. Promoção do conhecimento das diferentes etapas do desenvolvimento da criança e de que comportamento são ou não esperados em determinadas idades.
Sessão 2	Promoção do conhecimento sobre a criança e a violência (fatores individuais e sociais que levam a que uma criança se envolva com a violência, efeitos a longo termo da violência). Promoção da consciência da importância das aprendizagens nos primeiros anos de vida, e a noção de que os adultos são modelos importantes.

Sessão	Conteúdo/objetivos
Sessão 3	Promoção da compreensão e controlo da raiva (noção de que os conflitos com as outras pessoas fazem parte da vida, a raiva é uma emoção normal, os adultos conseguem controlar a sua raiva, importância de saber como resolver os conflitos sem partir para a violência).
Sessão 4	Promoção de competências de resolução de conflitos de uma forma positiva (a noção de que as crianças conseguem controlar a raiva que sentem, acalmarem-se e lidar com os conflitos sem usar violência; formas de como os pais podem ajudar os filhos a lidarem com este sentimento).
Sessão 5/6	Promoção do conhecimento sobre disciplina positiva e de práticas disciplinares positivas e diminuição de práticas disciplinares negativas (noção de que é normal as crianças se comportarem mal porque ainda estão a conhecer o mundo e como funciona, a disciplina envolve acalmar a criança e ensiná-la como se deve comportar segundo as diferentes situações e contextos, os estilos parentais têm importantes efeitos no comportamento das crianças; é possível promover bons comportamentos evitando situações desafiadoras e promovendo comportamentos positivos, noção de que os pais necessitam de usar métodos de disciplina que se adequem às situações e ao desenvolvimento da criança).
Sessão 7	Promoção do conhecimento sobre os efeitos da tecnologia nas crianças (exposição à violência através dos media pode levar a que a criança fique mais agressiva nas suas atitudes e comportamentos, noção de que os pais podem aprender estratégias para reduzir a exposição das crianças à violência e o seu impacto negativo).
Sessão 8	Revisão do papel dos adultos no programa (revisão dos principais pontos e do papel dos pais em casa e na comunidade).

6. Procedimento

Este trabalho insere-se numa investigação mais alargada, no projeto de doutoramento da Doutora Teresa Marques sob orientação das docentes Doutora Ana Isabel Pereira e Doutora Luísa Barros denominado *A relação entre a autorregulação parental e as práticas educativas: implicações para o treino parental*. Tem como principal objetivo explorar a efetividade do programa parental ACT-Raising Safe Kids e se a autorregulação parental e as práticas educativas têm um efeito preditor da mudança terapêutica no programa.

O recrutamento dos pais foi realizado em dois momentos, o primeiro em 2017 e o segundo em 2019. Foram convidados a participar no projeto 1056 pais e 178 aceitaram participar. Para que fosse possível conduzir um estudo randomizado controlado os 178 pais foram divididos em dois grupos com um rácio de 2 para 1 (113 pais ficaram alocados ao grupo de intervenção e 65 pais ao grupo de lista de espera). O total de participantes que constituíram o grupo de intervenção foi de 47. A principal razão apontada pelos pais para a desistência do programa está relacionada com o facto de os grupos ocorrerem num horário incompatível com a sua disponibilidade. No total, o programa contou com a participação de 20 técnicos (12 psicólogos, 5 assistentes sociais e 3 educadores de infância).

Num primeiro momento, 16 técnicos dinamizadores receberam 14 horas de formação por parte da Doutora Teresa Marques para aplicação do programa de intervenção parental ACT- *Raising Safe Kids*. Nesta altura, foram, também, estabelecidos protocolos com algumas instituições: Santa Casa da Misericórdia de Almada (complexo social “A casinha”, centro social da Trafaria e centro comunitário P.I.A), Fundação Dom Pedro IV (Casa de infância de Santa Quitéria e casa de infância de São Vicente); agrupamento de escolas de Santo António e com o agrupamento de escolas do Monte de Caparica. Todos os pais de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos de idade a frequentar o pré-escolar nas instituições/escolas parceiras do projeto foram convidadas e participar no programa ACT. Um total de vinte e oito pais participaram em 4 grupos de intervenção, que tiveram o seu início maio de 2017: a) dois grupos na Santa Casa da Misericórdia de Almada (um grupo com 7 pais no centro social da Trafaria e um grupo com 6 pais no centro comunitário P.I.A, onde se verificou uma desistência); b) dois grupos na fundação Dom Pedro IV (um grupo com 5 pais na casa de infância de Santa Quitéria e um grupo com 4 pais na casa de infância de São Vicente); c) um grupo com 6 pais no agrupamento de escolas de Santo António, onde se verificou 1 desistência. Por baixa adesão, desistências e impossibilidades de compatibilização de horários, não foi possível iniciar nenhum grupo com o agrupamento de escolas do Monte de Caparica. A

principal razão apontada pelos pais para a desistência do programa está relacionada com o horário do programa, razão que já tinha sido identificada por outro grupo de pais.

Num segundo momento, foi repetido o mesmo procedimento de recrutamento, a mesma metodologia e utilizados os mesmos instrumentos de avaliação em novas instituições (colégio parque do falcão, instituto português de pedagogia infantil e agrupamento de escolas de Pinhal de Frades). Nesta fase, mais quatro psicólogos e um(a) assistente social receberam formação. Dezanove pais iniciaram os grupos, que tiveram início em 2019: a) um grupo no instituto português de pedagogia infantil constituído por 4 pais onde houve 4 desistências; b) 1 grupo formado por 8 pais no colégio parque do falcão, no qual 2 desistiram; c) 1 grupo formado por 7 pais no agrupamento de escolas de Pinhal de Frades, no qual 4 desistiram. Ambos os grupos foram avaliados ao longo da aplicação do programa: pré-intervenção, meio da intervenção e pós intervenção.

No presente estudo, foram apenas considerados 45 participantes. O critério de inclusão dos participantes no presente estudo foi terem preenchido e entregue o plano de mudança preenchido na primeira sessão. Apenas dois sujeitos, apesar de terem entregado e preenchido o plano de mudança, não foram considerados para o presente estudo por não terem dados sociodemográficos suficientes. Estes sujeitos acabaram por desistir do projeto.

6.1 Procedimentos de análise estatística

Os testes estatísticos utilizados foram selecionados tendo em conta as características das variáveis em estudo e dos objetivos. Numa primeira fase, foi feita a análise da consistência interna e realizado o estudo da normalidade da distribuição das variáveis. Foi utilizado o teste Kolmogorov- Smirnov, uma vez que a amostra tinha mais de 30 sujeitos. Através do estudo da normalidade, concluiu-se que os pressupostos para a realização de testes paramétricos não foram cumpridos pelo que se procedeu a utilização de testes não- paramétricos. O nível de significância utilizado para a tomada de decisão estatística foi de 0,05 ($p < 0,05$).

A avaliação das correlações foi feita através dos critérios definidos 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 moderadas e correlações acima de 0,50 são consideradas de elevada magnitude.

Para a caracterização da motivação para a mudança foram utilizados procedimentos de estatística descritiva como frequências relativas e absolutas. Para a análise da relação entre a desistência e as variáveis sociodemográficas utilizou-se o teste Mann- Whitney e o Qui-Quadrado. Relativamente à análise da relação entre a assiduidade e as variáveis

sociodemográficas utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman e o teste Mann-Whitney. Estes procedimentos foram também utilizados para analisar relação entre a participação ativa e as variáveis sociodemográficas.

Capítulo III

ANÁLISE DOS RESULTADOS

1. Caracterização da Motivação para a mudança

Na primeira sessão do programa os pais foram questionados acerca de diferentes aspectos relacionados com a sua motivação para a mudança no contexto do programa *ACT-Raising Safe Kids*: quais as mudanças pretendidas pelos pais com a sua participação no programa, os motivos pelos quais os pais pretendiam fazer essas mudanças, os objetivos que queriam alcançar com essas mudanças e os obstáculos antecipados na realização dessas mudanças.

Relativamente às mudanças identificadas pelos pais, podemos observar na Tabela 4, que a maioria referiu mudanças relacionadas com uma maior autorregulação emocional (por exemplo, “Ser mais paciente”, “Ter mais calma”) e com a diminuição de práticas negativas (por exemplo, “Deixar de gritar e recriminar”, “Parar de dar palmadas”). Outra mudança que foi enunciada por uma grande parte dos pais foram as mudanças que têm em vista promover as interações positivas com as crianças (por exemplo, “Passar mais tempo com ele”, “Brincar mais com ele”).

Tabela 4*Caracterização das mudanças enunciadas no plano de mudança*

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Mudanças		
Autorregulação emocional	24	53,3
Diminuir as práticas negativas	19	42,2
Promover as interações positivas com a criança	11	24,4
Compreensão do comportamento da criança	7	15,6
Disciplinar mais a criança/ ser mais consequente	7	15,6
Promover a parentalidade positiva	6	13,3
Diminuir/ adequar as expetativas/ exigências	5	11,1
Promover a comunicação	5	11,1
Ser mais flexível	3	6,7
Controlar o comportamento de forma eficiente	2	4,4
Autorregulação	1	2,2
Promover autonomia/ responsabilidade na criança.	4	8,9
Promover a autorregulação na criança	3	6,7
Diminuir a super proteção	1	2,2

Relativamente aos obstáculos identificados pelos pais no plano de mudança, através da Tabela 5, observa-se que os pais identificaram, principalmente, o cansaço e stress do dia-a-dia (por exemplo, “Cansaço”, “Falta de tempo”, “Carga horária no trabalho”) seguindo-se as próprias características dos pais (por exemplo., “O facto de ser ansiosa por natureza”, “Perder a calma por pouca coisa”).

Tabela 5*Caracterização dos obstáculos identificados no plano de mudança*

Obstáculos: categorização	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Cansaço e stress do dia-a-dia	17	37,8
Características dos pais	10	22,2
Comportamento desafiante	7	15,6
Sem apoio	6	13,3
Tensão/ conflito familiar	4	8,9
Outros	3	6,7
Centrado na criança	2	4,4

A maioria dos obstáculos identificados pelos pais são centrados nos próprios (por exemplo, “Falta de tempo/ pouco tempo útil livre” e “Mãe solteira”), como se pode ver na tabela 6.

Tabela 6*Caracterização dos obstáculos identificados pelos pais no plano de mudança*

Obstáculos: categorização	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Centrados nos pais	27	60
Centrados na criança	8	17,8
Centrados nos recursos	6	13,3
Outros	1	2,2

No que diz respeito aos objetivos identificados pelos pais (Tabela 7), verifica-se que a maior parte dos pais identificou objetivos centrados na criança (por exemplo, “Ser uma criança mais feliz” e “Que seja mais seguro e confiante”), seguido de objetivos centrados nos próprios pais (por exemplo, “Começar a entender melhor os meus filhos” e “Que me respeitem de forma igual”). Os objetivos centrados na família foram aqueles que foram identificados por menos pais, embora esteja mais próximo do número de objetivos centrados nos pais (por exemplo, “Mais silêncio em casa” e “Mais tempo com a família”).

Tabela 7*Caracterização dos objetivos identificados pelos pais no plano de mudança*

Objetivos: categorização	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Centrados na criança	32	71,1
Centrados nos pais	16	35,6
Centrados na família	14	31,1

Os pais classificaram igualmente a importância das mudanças, a confiança que tinham para fazer essas mudanças e a prontidão para realizar as mudanças identificadas. Relativamente às réguas da motivação para a mudança, na Tabela 8 pode-se observar que, nas três mudanças identificadas pelos pais, as réguas têm uma média elevada (o máximo era 10) e uma boa consistência interna. A régua da importância mostra ser a régua com a média mais elevada nas três mudanças.

Tabela 8

Caracterização das réguas da motivação para a mudança

Réguas motivação para a mudança	<i>MS</i>	<i>SD</i>	Min. - Max.
Réguas 1ª mudança	$\alpha = 0,70$		
Importância	9,03	1,50	4-10
Confiança	7,19	2,19	1-10
Prontidão	8,11	2,27	1-10
Réguas 2ª mudança	$\alpha = 0,66$		
Importância	9,15	1,15	6-10
Confiança	6,94	2,15	2-10
Prontidão	8,30	1,93	3-10
Réguas 3ª mudança	$\alpha = 0,70$		
Importância	8,62	1,40	5-10
Confiança	6,67	2,06	2-10
Prontidão	7,24	2,21	1-10

2. Caracterização do envolvimento parental

Na Tabela 9, pode-se observar que a maioria dos pais participou entre 5 e 8 sessões, tendo tido uma assiduidade elevada. Houve uma taxa de desistência prematura de 27,3% (Tabela 10).

Tabela 9

Caracterização da assiduidade dos pais

Assiduidade	Frequência (N)	Porcentagem (%)	MS	SD	Min.- Max.
Participou em menos de 4 sessões	9	23,1			
Participou entre 5 e 8 sessões	22	56,4			
Participou em todas as sessões	8	20,5			
Total			0,97	0,67	0-2

Tabela 10

Caracterização da desistência prematura

Desistência	Frequência (N)	Porcentagem (%)	MS	SD	Min.- Max.
Desistiu prematuramente	12	27,3			
Não desistiu	32	72,7			
Total			0,27	0,45	0-1

Houve uma elevada participação ativa no programa (Tabela 11). O envolvimento e a mestria são elevados, pois a média aproxima-se do valor máximo avaliado pelos dinamizadores (3).

Tabela 11

Caracterização da participação ativa

Envolvimento	<i>MS</i>	<i>SD</i>
Envolvimento ativo		
Sessão 0	2,62	0,49
Sessão 1	2,74	0,50
Sessão 2	2,74	0,44
Sessão 3	2,67	0,48
Sessão 4	2,79	0,41
Sessão 5	2,77	0,43
Sessão 6	2,79	0,41
Sessão 7	2,79	0,41
Sessão 8	2,74	0,44
Mestria		
Sessão 0	2,46	0,60
Sessão 1	2,49	0,60
Sessão 2	2,49	0,60
Sessão 3	2,51	0,60
Sessão 4	2,56	0,60
Sessão 6	2,79	0,41
Sessão 7	2,79	0,41
Sessão 8	2,62	0,59

3. Assiduidade, variáveis sociodemográficas, autorregulação dos pais, ajustamento da criança e motivação para a mudança

Na Tabela 12, observam-se as diferenças na assiduidade dos pais no programa considerando as variáveis sociodemográficas.

Tabela 12

Comparação da assiduidade em função das variáveis sociodemográficas através do teste Mann-Whitney

Variáveis		<i>N</i>	Média das ordens	<i>U</i>	<i>p</i>
Sexo da criança	Feminino	15	22,87	223,00	0,21
	Masculino	24	18,21		
Nível socioeconómico	Baixo/ médio baixo	10	9,50	250,00	0,00
	Alto/ médio alto	29	23,62		
Situação conjugal pais	Casados/vivem maritalmente	31	21,39	81,00	0,13
	Outros	8	14,63		
Escolaridade dos pais	Ensino não superior	16	13,19	293,00	0,00
	Ensino superior	23	24,74		

Não se observaram diferenças de assiduidade em relação às variáveis situação conjugal dos pais e sexo da criança. Contudo, verificaram-se diferenças na assiduidade considerando a escolaridade dos pais e o nível socioeconómico dos mesmos. Os pais de nível socioeconómico alto/ médio alto e aqueles que têm um nível superior de escolaridade foram os que apresentaram maior assiduidade.

Na Tabela 13, apresenta-se a relação entre a assiduidade e as variáveis sociodemográficas, variáveis pré- intervenção (perceção do ajustamento dos filhos, perceção de autorregulação parental) e dimensões relacionadas com a motivação para a mudança.

Tabela 13

Análise das correlações de Spearman entre a assiduidade e as variáveis sociodemográficas, variáveis pré- intervenção (percepção do ajustamento dos filhos, percepção de autorregulação parental) e relacionadas com a motivação para a mudança

Variáveis	Assiduidade rs
Variáveis sociodemográficas	
Nº irmãos da criança	-0,41*
Autorregulação dos pais antes da intervenção	
Agência pessoal do progenitor (Maap)	0,37**
Autogestão do progenitor (Maap)	0,15
Autoeficácia do progenitor (Maap)	0,09
Autorregulação total (Maap)	0,22
Ajustamento da criança antes da intervenção	
Impacto do problema (SDQ)	0,09
Problemas de externalização (SDQ)	-0,37**
Problemas de internalização (SDQ)	-0,13
Total de dificuldades identificadas (SDQ)	-0,29
Reconhecimento do problema (SDQ)	-0,12
Duração do problema (SDQ)	-0,28
Dimensões relacionadas com a motivação para a mudança avaliadas na 1ª sessão	
Nº objetivos centrados na família	0,09
Nº objetivos centrados nos pais	0,20
Nº objetivos centrados na criança	-0,29
Nº obstáculos identificados	0,26
Réguas motivação para a mudança	-0,45***

Nota. Maap= Questionário Me as a Parent; SDQ= Questionário Capacidades e Dificuldades (Strengths and Difficulties questionnaire).

* $p < 0,01$

No que diz respeito à assiduidade, observaram-se correlações estatisticamente significativas com o número de irmãos, o nível de agência pessoal pré-intervenção, os problemas de externalização identificados pelos pais e a motivação para a mudança. A assiduidade foi mais elevada em pais com menos filhos, com uma maior agência pessoal, que perceberam níveis mais baixos de problemas de comportamento antes da intervenção se ter iniciado e em pais que perceberam níveis menos elevados de motivação para a mudança.

4. Desistência prematura e variáveis sociodemográficas, autorregulação dos pais, ajustamento da criança e motivação para a mudança

Na Tabela 14, pode observar-se a relação entre a desistência prematura e as variáveis sociodemográficas.

Tabela 14

Teste Qui-quadrado e teste de Fisher para comparar a desistência com as variáveis sociodemográficas

		Desistiu	Não desistiu	Teste
Sexo da criança	Feminino	<i>n</i> =2 (11,76%)	<i>n</i> =15 (88,24%)	$\chi^2=3,36$ <i>p</i> =0,07
	Masculino	<i>n</i> =10 (37,04%)	<i>n</i> =17 (62,96%)	
Escolaridade do participante	Não concluiu o ensino superior	<i>n</i> =8 (44,44%)	<i>n</i> =10 (55,56%)	$\chi^2=4,53$ <i>p</i> = 0,03
	Concluiu o ensino superior	<i>n</i> =4 (15,38%)	<i>n</i> =22 (84,62%)	
Nível socioeconómico	Baixo/médio baixo	<i>n</i> =8 (53,33%)	<i>n</i> =7 (46,67%)	$\chi^2=7,79$ <i>p</i> =0,01
	Alto/ médio alto	<i>n</i> =4 (14,29%)	<i>n</i> =24 (85,71%)	
Situação conjugal dos pais	Casados ou a viver maritalmente	<i>n</i> =7 (21,88%)	<i>n</i> =25 (78,12%)	$\chi^2=1,72$ <i>p</i> =0,19
	Outros	<i>n</i> =5 (41,67%)	<i>n</i> =7 (58,33%)	

Os resultados revelaram que os pais com menor nível de escolaridade, de nível socioeconómico baixo/ médio baixo e de crianças do sexo masculino desistem mais da intervenção.

Na Tabela 15, compara-se a desistência em função das variáveis sociodemográficas, variáveis pré- intervenção (perceção do ajustamento dos filhos, perceção de autorregulação parental) e das variáveis relativas à motivação para a mudança. Verificaram-se diferenças entre o grupo de pais que permaneceu na intervenção e o grupo de pais que desistiu da intervenção em relação ao número de filhos, autorregulação dos pais, número de dificuldades identificadas, problemas de externalização identificados e agência pessoal dos progenitores, avaliadas antes da intervenção. Os pais que desistiram da intervenção tinham mais filhos, perceberam menor auto-regulação e mais problemas de externalização e dificuldades totais nos

filhos antes da intervenção. Os pais que identificavam mais objetivos centrados na criança, foram aqueles que mais desistiram prematuramente da intervenção.

Tabela 15

Comparação da desistência em função das variáveis sociodemográficas, variáveis pré- intervenção (percepção do ajustamento dos filhos, percepção de autorregulação parental) e das variáveis relativas à motivação para a mudança

Variáveis	Desistência	Média das ordens	<i>U</i>	<i>p</i>
Sociodemográficas				
Nº irmãos	Desistiu	29,54	107,50	0,02
	Não desistiu	19,86		
Autorregulação dos pais antes da intervenção				
Agência pessoal do progenitor (Maap)	Desistiu	15,42	107,00	0,04
	Não desistiu	23,93		
Autogestão do progenitor (Maap)	Desistiu	17,00	126,00	0,13
	Não desistiu	23,30		
Autoeficácia do progenitor (Maap)	Desistiu	17,88	136,50	0,22
	Não desistiu	22,95		
Total autorregulação (Maap)	Desistiu	15,38	106,50	0,04
	Não desistiu	23,95		
Ajustamento da criança antes da intervenção				
Impacto do problema (SDQ)	Desistiu	16,50	100,00	0,83
	Não desistiu	15,76		
Problemas externalização (SDQ)	Desistiu	29,67	82,00	0,01
	Não desistiu	18,23		
Problemas de internalização (SDQ)	Desistiu	26,04	125,50	0,13
	Não desistiu	19,68		
Total de dificuldades (SDQ)	Desistiu	29,42	85,00	0,01
	Não desistiu	18,33		
Reconhecimento do problema (SDQ)	Desistiu	23,92	151,00	0,37
	Não desistiu	20,53		

Variáveis	Desistência	Média das ordens	<i>U</i>	<i>p</i>
Duração do problema (SDQ)	Desistiu	14,83	88,50	0,93
	Não desistiu	15,08		
Dimensões relacionadas com a motivação para a mudança avaliadas na 1ª sessão				
Objetivos centrados na família	Desistiu	18,88	148,50	0,28
	Não desistiu	22,55		
Objetivos centrados nos pais	Desistiu	19,83	160,00	0,52
	Não desistiu	22,17		
Objetivos centrados na criança	Desistiu	26,46	120,50	0,09
	Não desistiu	19,52		
Nº obstáculos identificados	Desistiu	19,75	159,00	0,45
	Não desistiu	22,87		
Réguas motivação para a mudança	Desistiu	20,08	89,00	0,16
	Não desistiu	15,24		

Nota. Maap= Questionário Me as a Parent; SDQ= Questionário Capacidades e Dificuldades (Strenghts and Difficulties questionnaire)

5. Participação ativa, variáveis sociodemográficas, autorregulação dos pais, ajustamento da criança e motivação para a mudança

5.1 Envolvimento ativo e as variáveis sociodemográficas, autorregulação dos pais, ajustamento da criança e motivação para a mudança

O envolvimento ativo foi avaliado tendo como base o nível de atenção nas sessões, a participação nos trabalhos individuais ou de grupo durante a sessão, a responsividade às questões dos outros e a iniciativa da mãe/pai para participar. Na Tabela 16, observam-se as diferenças do envolvimento ativo em função das variáveis sociodemográficas.

Tabela 16

Comparação do envolvimento ativo em função das variáveis sociodemográficas através do teste Mann-Whitney

Variáveis		N	Média das ordens	<i>U</i>	<i>p</i>
Sexo da criança	Feminino	15	20,07	181,00	0,98
	Masculino	24	19,96		
Nível socioeconómico	Baixo/ médio baixo	10	12,90	216,00	0,01
	Alto/ médio alto	29	22,45		
Situação conjugal pais	Casados/vivem maritalmente	8	12,75	66,00	0,03
	Outros	31	21,87		
Escolaridade dos pais	Ensino não superior	16	13,22	292,50	0,00
	Ensino superior	23	24,72		

Não se observam diferenças entre o envolvimento ativo e a variável sexo da criança. Verificam-se diferenças entre o envolvimento ativo e o nível socioeconómico, a situação conjugal dos pais e a escolaridade dos pais. Os pais de nível socioeconómico alto/ médio alto, os que estão casados ou a viver maritalmente e os que têm um maior nível de escolaridade são aqueles que apresentaram maiores níveis de envolvimento.

Na tabela 17, observam-se as relações entre o envolvimento ativo e as variáveis sociodemográficas, variáveis pré- intervenção (perceção do ajustamento dos filhos, perceção de autorregulação parental) e relacionadas com a motivação para a mudança.

Tabela 17

Análise das correlações de Spearman entre o envolvimento ativo e as variáveis sociodemográficas, variáveis pré- intervenção (percepção do ajustamento dos filhos, percepção de autorregulação parental) e relacionadas com a motivação para a mudança

Variáveis	Envolvimento
	rs
Variáveis sociodemográficas	
Nº irmãos da criança	-0,09
Autorregulação dos pais antes da intervenção	
Agência pessoal do progenitor (Maap)	0,09
Autogestão do progenitor (Maap)	0,03
Autoeficácia do progenitor (Maap)	0,17
Autorregulação total (Maap)	0,13
Ajustamento da criança antes da intervenção	
Impacto do problema (SDQ)	-0,00
Problemas de externalização (SDQ)	-0,43**
Problemas de internalização (SDQ)	-0,37**
Total de dificuldades identificadas (SDQ)	-0,47***
Reconhecimento do problema (SDQ)	-0,24
Duração do problema (SDQ)	-0,20
Dimensões relacionadas com a motivação para a mudança avaliadas na 1ª sessão	
Nº objetivos centrados na família	0,34**
Nº objetivos centrados nos pais	0,11
Nº objetivos centrados na criança	-0,17
Nº obstáculos identificados	0,25
Réguas motivação para a mudança	-0,24

Nota. Maap= Questionário Me as a Parent; SDQ= Questionário Capacidades e Dificuldades (Strengths and Difficulties questionnaire)

* $p < 0,01$

Não se observaram correlações estatisticamente significativas entre o envolvimento ativo e as variáveis número de irmãos, idade da criança, agência pessoal do progenitor, autogestão parental, autoeficácia do progenitor, autorregulação parental, impacto das dificuldades identificadas, objetivos centrados nos pais e nas crianças, número de obstáculos identificados, reconhecimento do problema, duração do problema e motivação para a mudança.

No entanto, observaram-se correlações estatisticamente significativas entre o envolvimento e os problemas de externalização e internalização, o total de dificuldades identificadas pelos pais, os números de objetivos centrados na família. O nível de envolvimento

diminui quanto mais problemas de internalização, externalização e maior número de dificuldades identificadas pelos pais antes da intervenção.

5.2 Mestria e as variáveis sociodemográficas, autorregulação e ajustamento da criança e da motivação para a mudança

Na Tabela 18, observam-se as diferenças da mestria dos participantes em função das variáveis sociodemográficas. A mestria foi avaliada com base no nível de competência que os pais mostraram durante a sessão, revelando compreender os conteúdos da sessão, e/ou revelando uma boa mestria de competências que o programa procura promover.

Tabela 18

Comparação da mestria em função das variáveis sociodemográficas através do teste Mann-Whitney

Variáveis		N	Média das ordens	U	P
Sexo da criança	Feminino	15	20,10	181,50	0,96
	Masculino	24	19,94		
Nível socioeconómico	Baixo/ médio baixo	10	11,85	226,50	0,01
	Alto/ médio alto	29	22,81		
Situação conjugal pais	Casados/vivem maritalmente	8	9,19	37,50	0,00
	Outros	31	22,79		
Escolaridade dos pais	Ensino não superior	16	12,72	300,50	0,00
	Ensino superior	23	25,07		

Não se observam diferenças entre a mestria e a variável sexo da criança. Verificam-se diferenças da mestria em função do nível socioeconómico, da situação conjugal dos pais e da escolaridade dos pais. Os pais de nível socioeconómico alto/ médio alto, os que estão casados ou a viver maritalmente e os que têm escolaridade maior nível de escolaridade são aqueles que apresentaram maiores níveis de mestria.

Na Tabela 19, observam-se as relações entre a mestria e as variáveis sociodemográficas, variáveis pré- intervenção (perceção do ajustamento dos filhos, perceção de autorregulação parental) e relacionadas com a motivação para a mudança.

Tabela 19

Análise das correlações de Spearman entre a mestria e as variáveis sociodemográficas, variáveis pré-intervenção (percepção do ajustamento dos filhos, percepção de autorregulação parental) e relacionadas com a motivação para a mudança

Variáveis	Mestria rs
Variáveis sociodemográficas	
Nº irmãos da criança	-0,15
Autorregulação dos pais antes da intervenção	
Agência pessoal do progenitor (Maap)	0,29
Autogestão do progenitor (Maap)	0,02
Autoeficácia do progenitor (Maap)	0,23
Autorregulação total (Maap)	0,19
Ajustamento da criança antes da intervenção	
Impacto do problema (SDQ)	0,05
Problemas de externalização (SDQ)	-0,58***
Problemas de internalização (SDQ)	-0,34**
Total de dificuldades identificadas (SDQ)	-0,56***
Reconhecimento do problema (SDQ)	-0,20
Duração do problema (SDQ)	-0,43**
Dimensões relacionadas com a motivação para a mudança avaliadas na 1ª sessão	
Nº objetivos centrados na família	0,40**
Nº objetivos centrados nos pais	0,25
Nº objetivos centrados na criança	-0,23
Nº obstáculos identificados	0,21
Réguas motivação para a mudança	-0,11

Nota. Maap= Questionário Me as a Parent; SDQ= Questionário Capacidades e Dificuldades (Strengths and Difficulties questionnaire)

* $p < 0,01$

Não se observaram correlações estatisticamente significativas entre a mestria e as variáveis número de irmãos, idade da criança, agência pessoal do progenitor, autogestão parental, autoeficácia do progenitor, autorregulação parental, impacto das dificuldades identificadas, objetivos centrados nos pais e nas crianças, número de obstáculos identificados, reconhecimento do problema e motivação par mudança.

No entanto, observaram-se correlações estatisticamente significativas entre a mestria e os problemas de externalização e internalização, o total de dificuldades identificadas pelos pais, os números de objetivos centrados na família, a duração do problema e o envolvimento ativo. A mestria foi mais elevada quanto maior era o número de objetivos identificados centrados na

família e menor eram os problemas de internalização, externalização, número de dificuldades identificadas pelos pais e a duração dos problemas identificados.

Capítulo IV

DISCUSSÃO

Considerando que na literatura os preditores psicológicos do envolvimento parental em intervenções psicológicas são pouco estudados e que a maioria dos estudos se centra exclusivamente nas dimensões desistência e assiduidade, o presente estudo teve como principais objetivos estudar o envolvimento parental numa intervenção de promoção da parentalidade positiva (ACT- *Raising Safe Kids*), a motivação para a mudança e analisar a relação entre a motivação para mudança e o envolvimento parental, operacionalizado por diferentes indicadores, ao longo da intervenção.

1. Envolvimento parental no programa ACT- RSK

A maioria dos pais teve uma **assiduidade** elevada e apenas uma minoria **desistiu prematuramente** da intervenção. Houve uma taxa de retenção de 72,7 %, sendo que vários estudos mostram que, normalmente, esta taxa se encontra entre os 53 e os 86% (por exemplo, Knox, Burkhart, & Cromly, 2013; Poter & Howe, 2008). Alguns fatores do programa contribuem para a retenção dos participantes como o conteúdo que foi apresentado e explorado ao longo das sessões (materiais, atividades, sequência dos temas explorados, existência de casos exemplo, conteúdos centrados na criança assim como conteúdos sobre a parentalidade), a reflexão e discussão, fazer parte de um grupo no qual os pais podiam partilhar as suas experiências, a normalização das experiências partilhadas, a existência de uma relação proximal e informal entre os pais e os facilitadores (Ramos, Pereira, Marques, & Barros, 2018) e a existência de um ambiente acolhedor e de suporte (Porter & Howe, 2008).

A **participação ativa** está relacionada com o termo *participação parental envolvida* (PPE) descrita por Haine- Schlagel e Walsh (2015) que engloba o papel cooperativo dos pais e o seu envolvimento ativo nas intervenções através da sua participação nas atividades e realização as tarefas para casa (Karver et al., 2005). Esta é uma dimensão que é pouco estudada na literatura e que, por isso, pode ter diferentes características do envolvimento parental operacionalizado por outros indicadores. No presente estudo foi avaliada através do envolvimento ativo nas sessões e da mestria avaliados pelos dinamizadores. Os dois indicadores têm médias elevadas o que mostra que os pais estavam atentos, participavam nos trabalhos individuais ou de grupo (envolvimento ativo) e mostravam competência e compreensão dos conteúdos abordados (mestria).

2. Caracterização da motivação para a mudança

A motivação para a mudança/ envolvimento dos pais em intervenções psicológicas está dependente de alguns fatores como o desejo de envolvimento ou de mudança, a percepção da capacidade para se envolver ou mudar, o sentido de competência ou eficácia para implementar o que é necessário para a mudança ocorrer, as crenças de que a terapia ou intervenção é necessária e eficaz para promover a mudança e a prontidão para o envolvimento/ mudança (Pereira & Barros, 2019).

No presente estudo, foram estudadas como dimensões da motivação para a mudança, a percepção dos objetivos da sua participação na intervenção (centrados nos pais, na família ou na criança), os obstáculos identificados e a sua avaliação da prontidão para as mudanças, da importância dessas mudanças e confiança na sua capacidade de realizar essas mudanças avaliados na primeira sessão.

Os **objetivos de mudança** identificados pelos pais no início da intervenção estão relacionados com a sua autorregulação emocional, a diminuição de práticas parentais negativas e a promoção de interações positivas com a criança. Tendo em conta o modelo transteórico, estes pais parecem situar-se na fase de preparação ou ação, pois reconhecem a necessidade de realizar a mudança (Prochaska et al., 2008).

Os **obstáculos** identificados pelos pais para a realização das mudanças identificadas e para a participação no programa de intervenção são o cansaço e o stress do dia-a-dia, seguindo-se as características dos próprios pais (por exemplo, “O facto de ser ansiosa por natureza”, “Perder a calma por pouca coisa”). Estes resultados mostram ser consistentes com a literatura existente. Mytton e colaboradores (2014) identificaram características dos participantes como uma barreira ao envolvimento nas intervenções assim como a falta de apoio, estilos de vida complexos e caóticos, mudanças de casa (Mytton et al., 2014). A percepção de poucas barreiras à intervenção é um fator de proteção contra o abandono prematuro da intervenção (Kazdin et al., 1997).

Relativamente ao **nível global de motivação para a mudança**, indicado pelo grau de importância das mudanças para os pais, do nível de confiança em realizar essas mudanças e do grau de prontidão dos pais para realizarem essas mudanças, os pais apresentam elevados níveis de motivação para efetuar as mudanças. Os pais mostram perceber importância, estarem prontos e ter confiança para realizar as mudanças identificadas, embora o nível de confiança seja moderado. Os estudos revistos por Pereira e Barros (2019) sugerem que a prontidão para

a mudança, a percepção de capacidade ou eficácia para implementar a mudança e o desejo de realizar a mudança são fatores que levam a um maior envolvimento.

3. Envolvimento (assiduidade, desistência prematura e participação ativa), variáveis sociodemográficas e motivação para a mudança

Foi estudada a relação entre dimensões do envolvimento (assiduidade, desistência e prematura e participação ativa (envolvimento ativo e mestria) e variáveis sociodemográficas e motivação para a mudança.

A **assiduidade** dos pais no programa mostrou estar relacionada com a escolaridade dos pais e o nível socioeconómico, sendo que aqueles que têm um nível socioeconómico alto/ médio alto e aqueles que têm um nível superior de escolaridade foram os que apresentaram maior assiduidade. Na literatura, o nível de educação parental mostrou estar relacionado positivamente com a percepção dos recursos que os pais podem utilizar e com a sua disponibilidade para participarem em intervenções parentais (Spoth & Redmond, 1995) e o nível socioeconómico baixo/ médio baixo foi identificado como uma barreira (Mytton et al., 2014). A assiduidade foi mais elevada em pais com menos filhos, sendo este resultado consistente com os resultados de estudos prévios. A existência de outros filhos leva a que os pais sejam menos assíduos e que possam desistir prematuramente (Mytton et al., 2014). Não se verificaram diferenças em função da situação conjugal dos pais e do sexo da criança em relação à assiduidade.

A assiduidade foi mais elevada em pais com uma maior agência pessoal (locus de controlo do comportamento dos filhos atribuído aos esforços parentais em vez de serem atribuídos ao acaso) e em pais que perceberam níveis mais baixos de problemas de comportamento antes da intervenção se ter iniciado. Estes resultados são consistentes com a literatura que sugere que as mães que têm uma maior percepção de controlo em relação ao comportamento dos seus filhos têm maior probabilidade de participar no programa de intervenção parental (Peters et al., 2005).

Os resultados mostram que os pais que têm percepção de níveis mais baixos de problemas de comportamento da criança são aqueles que são mais assíduos. A maioria dos estudos da literatura identificam a percepção de problemas de comportamento da criança como estando relacionada com maior assiduidade dos pais (Dumas, Nissley-Tsiopinis, & Moreland, 2007; Wells, Sarkadi, & Salari, 2016). Este resultado é compreensível na medida em que a percepção de problemas pode contribuir para a necessidade de mudança dos pais. No entanto, a

relação entre a assiduidade dos pais e a percepção do comportamento da criança não é linear. Os pais que percebem menos problemas de comportamento na criança podem considerar que não têm motivos para se envolverem no programa como os pais que percebem elevados problemas de comportamento na criança podem sentir falta de esperança e também não se envolverem no programa. (Pereira & Barros, 2019).

Relativamente à relação entre a assiduidade (dimensão do envolvimento parental) e o nível global de motivação para a mudança (importância da mudança, grau de confiança, e prontidão para a mudança), encontrou-se que os pais que percebiam menor motivação para a mudança foram aqueles que foram a um maior número de sessões. Isto pode dever-se ao facto de os pais terem avaliado a sua motivação para a mudança (através das réguas da confiança, prontidão e importância) de acordo com a desejabilidade social e não fazendo uma autoavaliação real da sua motivação para a mudança.

Relativamente à **desistência prematura**, os pais de nível socioeconómico baixo/ médio baixo são aqueles que têm maior taxa de desistência prematura da intervenção, tal como descrito na literatura (Gopalan et al., 2010; Kazdin et al., 1997; Staudt, 2007). Segundo, Kazdin e colaboradores (1997), os pais que apresentam maior desvantagem socioeconómica apresentam, também, mais barreiras como, por exemplo, dificuldades socioeconómicas que levam a maior dificuldade em conseguir transporte, problemas de saúde física e mental tanto nos pais como nas crianças e expectativas que não vão ao encontro das expectativas dos dinamizadores sobre o programa. Estes pais são aqueles que percebem mais obstáculos e barreiras associadas ao envolvimento no programa e, por isso, apresentam maior taxa de desistência prematura (Gopalan et al., 2010; Staudt, 2007). Assim, os pais com mais dificuldades socioeconómicas podem beneficiar de intervenções na qual é explicada a eficácia da intervenção e os objetivos da mesma (Nock, Phil, & Kazdin, 2001). Adicionalmente, os pais que desistiram da intervenção tinham mais filhos. O número de filhos está identificado como uma barreira ao envolvimento e a uma maior probabilidade de desistência prematura (Mytton et al, 2014).

Os pais que perceberam mais problemas de externalização e dificuldades nos filhos foram aqueles que mais desistiram o que vai de encontro ao encontrado na literatura (McWey, Holtrpo, Wojciak, & Claridge, 2015). Os elevados níveis de problemas de externalização nas crianças e as práticas parentais negativas levam a que os pais se sintam com falta de esperança na intervenção, e têm maior dificuldade em se manterem motivados para se envolverem na intervenção (sentem níveis mais elevados de stress devido ao comportamento da criança) (Pereira & Barros, 2019).

Os pais que desistiram da intervenção prematuramente foram aqueles que perceberam menores níveis de autorregulação/auto-eficácia, sendo isto consistente com a literatura que sugere que a auto-eficácia está associada a um maior envolvimento parental (King et al., 2012; Pereira & Barros, 2019; Piotrowska et al., 2017).

Os pais que identificavam mais objetivos centrados na criança, foram também aqueles que mais desistiram prematuramente da intervenção. Os pais que tinham mais objetivos centrados na criança podem ter desistido mais da intervenção devido a esta ser uma intervenção direcionada para os pais e ser inconsistente com a percepção que estes tinham do problema. A atribuição do comportamento à criança (atribuição externa) leva a uma maior probabilidade de desistência prematura (Miller & Prinz, 2003). Por seu lado, a dimensão desistência prematura não mostrou relações significativas com a motivação para a mudança.

Relativamente à **participação ativa** (envolvimento ativo e mestria), os pais de nível socioeconómico alto/ médio alto, os que estão casados ou a viver maritalmente e os que têm um maior nível de escolaridade são aqueles que apresentaram maiores níveis de envolvimento. Todos estes indicadores vão de encontro ao que se encontra descrito na literatura. O facto de os pais que estão casados ou a viver maritalmente apresentem maiores níveis de envolvimento pode dever-se ao facto de os pais sentirem-se mais apoiados e poderem trabalhar em equipa. Os pais que vivem num ambiente de suporte, famílias organizadas percebem menos barreiras iniciais o que leva a um maior envolvimento (Ellis, Lindsey, Barker, Boxmeyer, & Lochman, 2013).

Relativamente ao envolvimento ativo e à sua relação com a autorregulação dos pais, ajustamento da criança e motivação para a mudança observaram-se correlações estatisticamente significativas entre o envolvimento e o os problemas de externalização e internalização, e o total de dificuldades identificadas pelos pais (ajustamento da criança).

O nível de envolvimento e de mestria diminui quanto mais problemas de internalização, externalização e maior número de dificuldades identificadas pelos pais antes da intervenção. Este resultado parece inconsistente com a evidência que sugere que uma maior percepção de problemas de comportamento por parte dos pais, leva a uma maior participação parental (Stadnick, Haine-Schlagel, & Martinez, 2016). No entanto, o facto de os pais perceberem problemas e dificuldades no início da intervenção não significa que se vejam como parte da solução para o problema ou que vejam isso como um problema, o que pode explicar o facto de não se envolverem na intervenção (Pereira & Barros, 2019). Os resultados do envolvimento ativo e da mestria são idênticos uma vez que estas dimensões estão relacionadas: quanto mais os pais se sentem competentes nas estratégias que aprenderam (mestria), mais se envolvem no

programa e vice-versa. Observou-se também que o número de objetivos centrados na família levou a um aumento no envolvimento que poderá ser explicado pelo facto de os pais acreditarem que um programa dirigido aos pais poderá levar a mais benefícios para atingir os objetivos (Spoth, Redmond, Kahn, & Shin, 1997, citado por Spoth & Redmond, 2000).

Tendo em conta os diferentes indicadores de envolvimento estudados (assiduidade, desistência prematura e participação ativa) os preditores semelhantes aos diferentes indicadores encontrados foram o nível socioeconómico e os problemas de comportamento identificados pelos pais. É importante diminuir-se as barreiras ao envolvimento e identificar as atribuições e perceções parentais sobre o comportamento da criança para que estes possam construir objetivos que sejam centrados na sua parentalidade (Pereira & Barros, 2019). A assiduidade teve como preditores específicos, a escolaridade dos pais e a agência pessoal. A desistência prematura diferenciou-se pelos preditores autorregulação/ autoeficácia e objetivos identificados centrados na criança. Por último, a participação ativa, teve como preditores a situação conjugal e os objetivos centrados na família.

Esta diferença de preditores nos diferentes indicadores do envolvimento está de acordo com o modelo do envolvimento parental de Piotrowska e colegas (2017) que vê o envolvimento e os seus indicadores como sendo etapas diferentes, com características próprias, mas que também são interdependentes.

É importante salientar que os diferentes preditores dos indicadores de envolvimento são, na maioria, variáveis relacionadas com a motivação para a mudança. Segundo a conceção motivacional de envolvimento, um indivíduo envolvido é aquele que está otimista, está comprometido com a intervenção, com os objetivos e com a necessidade de participar, e que se sente confiante e capaz de participar. Este estado ótimo do cliente é concretizado através de três processos que são a recetividade, vontade e a autoeficácia (King et al., 2012). Assim, é necessário trabalhar a motivação dos pais para a mudança para garantir que estes sejam assíduos, não desistam e que participem na intervenção e, também, adaptar a intervenção tendo em conta em que fase do modelo transteórico os pais se situam (Prochaska et al., 2008).

Algumas variáveis sociodemográficas como o nível socioeconómico, o número de filhos e a situação conjugal, têm também uma influência no envolvimento parental e os programas parentais devem ser adaptados tendo em conta a existência de determinadas condições que constituem barreiras ao envolvimento (por exemplo, maior número de filhos menor envolvimento parental). Os pais com mais dificuldades sofrem maior stress financeiro, social e problemas psicológicos o que leva a que o envolvimento no programa seja visto como mais uma dificuldade devido ao transporte ou devido ao tempo que ocupa (Pereira & Barros, 2019).

Conclusão

Os resultados encontrados são consistentes com os resultados dos estudos prévios sobre os preditores do envolvimento dos pais em programas parentais. As variáveis sociodemográficas nível socioeconómico, nível de escolaridade e número de filhos mostraram serem preditores dos diferentes indicadores de envolvimento. Estes resultados mostram a importância de se dar maior apoio às famílias sem recursos que pode ser realizado através de estratégias como, arranjar um serviço onde os participantes possam deixar a criança enquanto estão a participar no programa de intervenção, disponibilizar refeições durante a intervenção, adaptar o local do programa e o horário, adequação da linguagem e do conteúdo (Mytton et al., 2014), providenciar transporte (Dumas et al., 2007), envolver elementos chave da família na intervenção, fazer uma avaliação do funcionamento familiar antes da intervenção para que esta seja mais direcionada aos problemas, e realizar mais sessões com a família antes da intervenção para resolver stress e conflitos existentes e aumentar o envolvimento (Perrino, Coatsworth, Briones, Apantín, & Szapocznik, 2001).

Este estudo contribuiu para a análise do papel de preditores psicológicos no envolvimento parental, tendo em consideração diferentes indicadores do envolvimento parental na intervenção. Os preditores psicológicos que mostraram estar mais relacionados com as dimensões estudadas foram a perceção da autorregulação parental (autorregulação, agência pessoal), a perceção de problemas de ajustamento da criança (problemas de externalização e internalização, e total de dificuldades) e ainda os objetivos de mudança identificados. Estes resultados reforçam a importância de as intervenções parentais irem de encontro às atribuições parentais e à perceção que estes têm do comportamento da criança e dos objetivos que têm. O modelo transteórico propõe vários estádios de mudança em que os pais se podem situar. Intervenções que trabalham as motivações, as expectativas e as necessidades de intervenção com as famílias levam a um maior envolvimento e retenção. A entrevista motivacional é um exemplo de intervenção utilizada para aumentar o envolvimento parental e a autoeficácia. A existência de incentivos externos à participação na intervenção leva a um aumento da motivação parental (Ingoldsby, 2010). Assim, a motivação para a mudança deve ser trabalhada antes da intervenção para aumentar o envolvimento parental.

As intervenções parentais devem ir de encontro às necessidades dos pais, às suas atribuições, devem promover os facilitadores da participação, tendo em conta as características sociodemográficas dos participantes, e eliminar, o máximo possível, as barreiras associadas à participação e presença dos pais no programa. Para se aumentar o envolvimento, pode-se

recorrer a diferentes estratégias como utilizar lembretes, intervir junto das famílias antes de se envolverem no programa para trabalhar a resistência que a família tem, fazer adaptações a como o programa é apresentado e para quem é desenvolvido, fazer intervenções de suporte para a família, resolver conflitos e ensinar estratégias de coping e de resolução de problemas (Ingoldsby, 2010).

Algumas limitações do estudo são a dimensão da amostra, o facto de todos os participantes serem da área Metropolitana de Lisboa e questões como a desejabilidade social. A utilização de instrumentos de autorrelato pode ser uma limitação. No entanto, no presente estudo, foi necessário a sua utilização para avaliar as perceções e atribuições dos pais. Estudos futuros podem beneficiar de uma amostra maior e com pais de diferentes zonas do país.

O facto de ser uma amostra constituída essencialmente por mães é outra limitação, pois sabe-se que o papel do pai na intervenção é muito importante e que, quando este está presente, há mais mudança no comportamento da criança e nas práticas parentais (Lundahl et al., 2008).

Adicionalmente, a motivação para a mudança é um processo dinâmico que pode ser alterada ao longo da intervenção e que, por isso, deve ser avaliada não apenas no início da intervenção. A autoeficácia e as atribuições parentais deviam, também, ser avaliadas ao longo do programa de intervenção (Pereira & Barros, 2019).

Finalmente, estudos futuros devem continuar neta linha de investigação, procurando conhecer melhor o papel dos preditores psicológicos do envolvimento parental e recorrendo a diferentes indicadores do envolvimento parental, e não apenas em dimensões objetivas que são mais estudadas e descritas na literatura, como a assiduidade e a desistência prematura.

Referências bibliográficas

- Ajzen, I. (2004, July 27). The theory of planned behavior. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/074959789190020T>
- Altafim, E. R. P., Pedro, M. E. A., & Linhares, M. B. M. (2016). Effectiveness of ACT Raising Safe Kids Parenting Program in a developing country. *Children and Youth Services Review*, 70, 315–323. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2016.09.038>
- Andrade, B. F., Browne, D. T., & Naber, A. R. (2015). Parenting skills and parent readiness for treatment are associated with child disruptive behavior and parent participation in treatment. *Behavior Therapy*, 46(3), 365–378. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.01.004>
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13(4), 623–649. <https://doi.org/10.1080/08870449808407422>
- Barlow, J., Smailagic, N., Ferriter, M., Bennett, C., & Jones, H. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD003680. <https://doi:10.1002/14651858.CD003680.pub2>.
- Becker, K. D., Lee, B. R., Daleiden, E. L., Lindsey, M., Brandt, N. E., & Chorpita, B. F. (2015). The common elements of engagement in children’s mental health services: which elements for which outcomes? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 30–43. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.814543>
- Champion, V. L., & Skinner, S. S. (2008). The health belief model. In Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (pp. 45-62). John Wiley & Sons.
- Dumas, J. E., Nissley-Tsiopinis, J., & Moreland, A. D. (2007). From intent to enrollment, attendance, and participation in preventive parenting groups. *Journal of Child and Family Studies*, 16(1), 1-26. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9042-0>

- Ellis, M. L., Lindsey, M. A., Barker, E. D., Boxmeyer, C. L., & Lochman, J. E. (2013). Predictors of engagement in a school-based family preventive intervention for youth experiencing behavioral difficulties. *Prevention Science, 14*(5), 457-467. <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0319-9>
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*, 791-80. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00494>
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry, 7*(3), 125-130. <https://doi.org/10.1007/s007870050057>
- Haine-Schlagel, R., & Walsh, N. E. (2015). A review of parent participation engagement in child and family mental health treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review, 18*(2), 133–150. [doi:10.1007/s10567-015-0182-x](https://doi.org/10.1007/s10567-015-0182-x)
- Hamilton, V. E., Matthews, J. M., & Crawford, S. B. (2015). Development and preliminary validation of a parenting self-regulation scale: “me as a parent”. *Journal of child and family studies, 24*(10), 2853-2864. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0089-z>
- Ingoldsby, E. M. (2010). Review of interventions to improve family engagement and retention in parent and child mental health programs. *Journal of Child and Family Studies, 19*(5), 629-645. [doi:10.1007/s10826-009-9350-2](https://doi.org/10.1007/s10826-009-9350-2)
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research, 7*(1), 35-51. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-1964-4>
- Kazdin, A. E., 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.453>
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental health services research, 2*(1), 27-40. <https://doi.org/10.1023/A:1010191807861>

- King, G., Currie, M., & Petersen, P. (2012). Child and parent engagement in the mental health intervention process: A motivational framework. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 2–8. <https://doi.org/10.1111/camh.12015>
- Knox, M., Burkhart, K., & Cromly, A. (2013). Supporting positive parenting in community health centers: The ACT Raising Safe Kids program. *Journal of Community Psychology*, 41(4), 395–407. <https://doi.org/10.1002/jcop.21543>
- Knox, M., Burkhart, K., & Howe, T. (2011). Effects of the ACT Raising Safe Kids Parenting Program on Children's Externalizing Problems. *Family Relations*, 60(4), 491-503. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2011.00662.x>
- Lundahl, B. W., Tollefson, D., Risser, H., & Lovejoy, M. C. (2008). A meta-analysis of father involvement in parent training. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 97-106. <https://doi.org/10.1177/1049731507309828>
- Marques, T., Pereira, A., & Barros, L. (2017). *Factor structure of the Portuguese version of the “Me as a Parent” scale*. Presented at 14th Conference on Psychological Assessment. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/319650109_Factor_structure_of_the_Portuguese_version_of_the_Me_as_a_Parent_scale
- McCurdy, K., & Daro, D. (2001). Parent involvement in family support programs: an integrated theory. *Family Relations*, 50(2), 113-121. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2001.00113.x>
- McWey, L. M., Holtrop, K., Wojciak, A. S., & Claridge, A. M. (2015). Retention in a parenting intervention among parents involved with the child welfare system. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1073-1087. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9916-5>
- Miller, G.E., & Prinz, R.J. (2003). Engagement of families in treatment for childhood conduct problems. *Behavior Therapy* 34(4), 517–534. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(03\)80033-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(03)80033-3)

- 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(3), 183-198. <https://doi.org/10.1023/A:1021807106455>
- Montano, D. E. & Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavior model. In Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (pp. 67-96). John Wiley & Sons.
- Mytton J., Ingram J., Manns S., & Thomas J. (2014). Facilitators and barriers to engagement in parenting programmes: a qualitative systematic review. *Health Education and Behavior*, 41(2), 127–137. <https://doi.org/10.1177/1090198113485755>
- 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(2), 149–166. [doi:10.1007/s10567-005-4753-0](https://doi.org/10.1007/s10567-005-4753-0)
- Nock, M. K., Phil. M., & Kazdin, A. E. (2001). Parent expectancies for child therapy: assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10(2), 155-180. [doi:10.1023/a:1016699424731](https://doi.org/10.1023/a:1016699424731)
- Nock, M. K., & Photos, V. (2006). Parent motivation to participate in treatment: Assessment and prediction of subsequent participation. *Journal of Child and Family Studies*, 15(3), 345–358. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9022-4>
- Pedro, M. E. A., Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2017). ACT Raising Safe Kids Program to promote positive maternal parenting practices in different socioeconomic contexts. *Psychosocial Intervention*, 26, 63–72. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.10.003>
- Pereira, A. I., & Barros, L. (2019). Parental cognitions and motivation to engage in psychological interventions: A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(3), 347-361. [doi:10.1007/s10578-018-0852-2](https://doi.org/10.1007/s10578-018-0852-2)
- Perrino, T., Coatsworth, J. D., Briones, E., Pantin, H., & Szapocznik, J. (2001). *The Journal of Primary Prevention*, 22(1), 21-44. [doi:10.1023/a:1011036130341](https://doi.org/10.1023/a:1011036130341)

- Peters, S., Calam, R., & Harrington, R. (2005). Maternal attributions and expressed emotion as predictors of attendance at parent management training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(4), 436–448. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00365.x>
- Piotrowska, P. J., Tully, L. A., Lenroot, R., Kimonis, E., Hawes, D., Moul, C., Frick, P. J., Anderson, V., Dadds, M. R. (2017). Mothers, fathers, and parental systems: a conceptual model of parental engagement in programmes for child mental health connect, attend, participate, enact (CAPE). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20(2), 146-161. [doi:10.1007/s10567-016-0219-9](https://doi.org/10.1007/s10567-016-0219-9)
- Porter, B. E., & Howe, T. R. (2008). Pilot evaluation of the ACT Parents Raising Safe Kids violence prevention program. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 11 –14. <https://doi.org/10.1080/19361520802279158>
- Portwood, S. G., Lambert, R. G., Abrams, L. P., & Nelson, E. B. (2011). An evaluation of the Adults and Children Together (ACT) against violence Parents Raising Safe Kids Program. *Journal of Primary Prevention*, 32(3-4), 147–160. [doi:10.1007/s10935-011-0249-5](https://doi.org/10.1007/s10935-011-0249-5)
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1993). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychological Association*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.3109/10884609309149692>
- Prochaska, J. O., Redding, C.A., & Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. In Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (pp. 97-117). John Wiley & Sons.
- Ramos, F., Pereira, A. I., Marques, T., & Barros, L. (2019). Parents perspectives about their experience in the ACT-Raising Safe Kids program: A qualitative study. *Análise Psicológica*, 37(3), 285-300. <https://dx.doi.org/10.14417/ap.1571>
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354–386. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>

- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Serketich, W. J., & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27(2), 171-186. [doi:10.1016/s0005-7894\(96\)80013-x](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(96)80013-x)
- Spoth, R., & Redmond, C. (1995). Parent motivation to enroll in parenting skills programs: A Model of Family Context and Health Belief Predictors. *Journal of Family Psychology*, 9, 294–310. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.9.3.294>
- Spoth, R., & Redmond, C. (2000). Research on Family Engagement in Preventive Interventions: Toward Improved Use of Scientific Findings in Primary Prevention Practice. *Journal of Primary Prevention*, 21(2), 267-284. <https://doi.org/10.1023/A:1007039421026>
- Stadnick, N. A., Haine-Schlagel, R., & Martinez, J. I. (2016). Using Observational Assessment to Help Identify Factors Associated with Parent Participation Engagement in Community-Based Child Mental Health Services. *Child and Youth Care Forum*, 45(5), 745–758. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9356-z>
- Staudt, M. (2007). Treatment engagement with caregivers of at-risk children: Gaps in research and conceptualization. *Journal of Child and Family Studies*, 16(2), 183– 196. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9077-2>
- Thornton, S., & Calam, R. (2010). Predicting intention to attend and actual attendance at a universal parent-training programme: A comparison of social cognition models. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(3), 365–383. <https://doi.org/10.1177/1359104510366278>
- Tully, L. A., & Hunt, C. (2016). Brief parenting interventions for children at risk of externalizing behavior problems: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(3), 705-719. [doi:10.1007/s10826-015-0284-6](https://doi.org/10.1007/s10826-015-0284-6)

- Wellington, L., White, K. M., & Liosis, P. (2006). Beliefs underlying intentions to participate in group parenting education. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 5(3), 275-283. <https://doi.org/10.5172/jamh.5.3.275>
- Wells, M. B., Sarkadi, A., & Salari, R. (2016). Mothers' and fathers' attendance in a community-based universally offered parenting program in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(3), 274-280. <https://doi.org/10.1177/1403494815618841>
- Weymouth, L. A., & Howe, T. R. (2011). A multi-site evaluation of parents raising safe kids violence prevention program. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1960-1967. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.05.022>