



Programa *Mais Família Mais Jovem*: estudo exploratório em contexto clínico

Mais Família Mais Jovem Program: exploratory study in a clinical sample

Rita Amaro *, Cláudia Gomes Cano*, Maria Francisca Magalhães*, Juan Sanchez*, Pedro Caldeira da Silva*

RESUMO

Introdução: A crescente prevalência dos Problemas de Comportamento na Infância e Adolescência tem motivado a procura de respostas que permitam a sua prevenção, e intervenção, na prática clínica de Pedopsiquiatria. Do mesmo modo que sabemos que as interações familiares desadequadas podem fortalecer a sua ocorrência, tem sido realçado o papel crucial dos pais e cuidadores como agentes de mudança na intervenção pluridisciplinar concernente a estas perturbações. As intervenções parentais em grupo de forma estruturada e sustentada, baseadas na promoção de Parentalidade positiva, apresentam-se como uma medida de implementação promissora, neste âmbito.

Objetivos: Apurar as principais mudanças obtidas com o programa *Mais Família, Mais Jovem*, aplicado ao longo de doze semanas com sessões de duas horas semanais, numa amostra clínica de pais de crianças acompanhadas em consulta de segunda infância

de pedopsiquiatria (população de três a doze anos), Hospital Dona Estefânia, Lisboa.

Métodos: Antes e após a implementação do programa procedeu-se à aplicação de um conjunto de instrumentos (*Questionário de Capacidades e de Dificuldades: versão mãe/pai; Índice de Parentalidade Autorizada: versão pai/mãe*) que permitem avaliar a eficácia da implementação do mesmo. A avaliação e discussão dos resultados foi ainda estendida a um período de *follow-up* a três meses. .

Resultados e Conclusões: A participação dos pais na intervenção traduz-se numa melhoria percecionada, em todos os tempos de avaliação, das suas práticas de aceitação e apoio aos filhos, assim como na redução da noção de sobrecarga parental. Estes dados suportam a evidência apontada pelo programa, no desenvolvimento de padrões de relacionamento saudáveis com os filhos, no exercício da autoridade, diálogo, respeito e educação pelo afeto, permitindo a aquisição de competências parentais nestes domínios. De acordo com o

* Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Hospital Dona Estefânia; ✉ aritaamaro@gmail.com.

 <https://orcid.org/0000-0002-0600-1093>

Recebido / Received: 25/02/2020 - Aceite / Accepted: 16/02/2021

esperado, também os problemas externalizantes das crianças e a avaliação global das suas dificuldades evidenciam uma redução sustentada. A principal limitação encontrada foi a reduzida dimensão da amostra, pelo que estes resultados suportam a necessidade de maior investimento na aplicação do programa nos serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, bem como a realização de mais estudos para confirmar a sua eficácia.

Palavras-Chave: Parentalidade; Intervenção em Grupo; Problemas de Comportamento; Infância; Adolescência.

ABSTRACT

Background: *The increasing prevalence of behavior problems in childhood and adolescence has motivated the search for answers that allow its prevention and intervention, in the clinical practice of Child and Adolescent Psychiatry. Just as in the same way that we know that inappropriate family interactions can strengthen their occurrence, the crucial role of parents and caregivers as agents of change in a multidisciplinary intervention concerning these disorders has been highlighted. Group parenting interventions in a structured and sustained manner, based on the promotion of positive parenting, have been presented as a promising implementation measure in this area.*

Aims: *To determine the main changes obtained with the Mais Família, Mais Jovem program applied over twelve weeks with two-hour sessions per week in a clinical sample of parents of children followed up in a pediatric psychiatric outpatient clinic (popula-*

tion aged three to twelve), at Dona Estefânia Hospital, in Lisbon.

Methods: *Before and after the program implementation, a set of instruments was applied to parents (strengths and Difficulties Questionnaire: mother / father version; Authorized Parenting Index: father / mother version) to assess its effectiveness. The evaluation and discussion of the results were further extended to during a follow-up period of three months after the end of the program.*

Results and Conclusions: *The attendance of parents in this program points to translates in a perceived an improvement perceived at all times in the evaluation assessment of their practices of acceptance and support for of their children, as well as the reduction of the notion of parental burden. These This data supports the evidence pointed out by the program in the development of healthy relationship patterns with the children, in the exercise of authority, dialogue, respect and education by affection, allowing the acquisition of parental skills in these domains. As expected, the externalizing problems of children and the global assessment of their difficulties also show a sustained reduction. The main limitation found was the small sample size, so these results support the need for greater investment in the application of the program in the services of Child and Adolescent Psychiatry Services, as well as further studies to confirm its effectiveness.*

Key-Words: *Parenting; Group Therapy; Behaviour Disorders; Childhood; Adolescence.*

INTRODUÇÃO

As Perturbações Disruptivas do Controlo dos Impulsos e do Comportamento (PDCIC) encontram-se entre as perturbações mais comuns na infância, estando associadas a uma disfunção significativa, tanto na criança como nas suas famílias, e a elevados custos para a sociedade¹. Estas perturbações incluem a Perturbação de Oposição e Desafio (POD), que se caracteriza pela existência de um padrão persistente de comportamento desafiante, desobediência epositor perante as figuras de autoridade e a Perturbação de Comportamento (PC) em que existem comportamentos mais graves de transgressão de normas e comportamentos agressivos ou antissociais².

O aumento da prevalência das PDCIC tem causado o interesse de vários investigadores, tentando procurar respostas que permitam a prevenção e intervenção nestas perturbações^{3,4}, cujo início é cada vez mais precoce, podendo persistir ao longo da vida, conduzindo a comportamentos de risco e antissociais na adolescência e idade adulta, quando não são alvo de intervenção^{5,6}.

São múltiplos os fatores de risco para o desenvolvimento das PDCIC, podendo ser classificados como genéticos, biológicos e ambientais. As causas ambientais incluem os modelos de disciplina parental, disfunção familiar e perturbações psiquiátricas dos pais, sendo que estes fatores familiares podem ainda ser afetados por fatores sociais como a pobreza, desemprego e fraca rede de suporte relacional⁷. Realça-se assim que as interações familiares desadequadas podem fortalecer a probabilidade de ocorrência de comportamentos desadequados nas crianças e jovens.⁸

Várias meta-análises⁹⁻¹¹ e revisões^{12,13} têm demonstrado evidência de que as intervenções baseadas no treino parental são eficazes na redução dos problemas de comportamento das crianças. Desta forma, a educação parental em grupo é uma metodologia de intervenção familiar, que assenta na intervenção em grupo, com subsistemas parentais, com o intuito de promover e desenvolver competências que promovam a mudança do funcionamento familiar, através do trabalho com as figuras parentais¹⁴. Esta intervenção aproxima-se das terapias de inspiração sistémica, tendo também inspiração nas Teorias Cognitivas da Aprendizagem Social, da Modelagem e da Autoeficácia¹⁵.

Em Portugal, foi desenvolvido o Programa *Mais Família, Mais Jovem*, da autoria de Maria Filomena Gaspar, baseado no Programa *Parenting Wisely (PW)*, na sua versão grupal. O *PW* trata-se de um programa de prevenção indicada, com o objetivo de aumentar os conhecimentos e competências parentais, diminuindo os problemas de comportamento nos jovens, com evidência demonstrada relativamente à sua eficácia¹⁶.

O Programa *Mais Família, Mais Jovem* integra os denominados programas de promoção da parentalidade positiva, ajudando as famílias no desenvolvimento de padrões de relacionamento saudáveis com os filhos, centrando-se no exercício da autoridade, diálogo, respeito e educação pelo afeto, permitindo a aquisição de competências nestes domínios. Este programa destina-se a pais de jovens entre os 10 e 18 anos, encontrando-se dividido em 12 sessões estruturadas, cada uma dedicada a uma temática específica, tendo como

principal objetivo aumentar a qualidade das relações entre pais e filhos, desenvolvendo estratégias que reduzam os problemas de comportamento do adolescente em casa, na escola e com os colegas.

OBJECTIVOS

Apresentar os resultados da aplicação do Programa *Mais Família, Mais Jovem* (FMFJ) após término do grupo e *follow up* a três meses, num grupo de pais de crianças acompanhadas em consulta de pedopsiquiatria num hospital terciário – Hospital Dona Estefânia, Lisboa.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram sinalizadas pelos médicos assistentes, as crianças com alterações do comportamento concomitantes com interações familiares desadequadas, com o intuito de formar um grupo, com um máximo de doze pais/mães – limite definido pelo Programa FMFJ.

Por se tratar de uma população de crianças com seguimento numa unidade de psiquiatria de segunda infância (população de três a doze anos), foram incluídas na amostra selecionada crianças dos dez aos doze anos. Foram excluídos do grupo crianças com Perturbações do Desenvolvimento Intelectual, Moderada a Grave e Perturbação do Espectro do Autismo.

Os pais das 22 crianças selecionadas, foram contactados telefonicamente, com o propósito de comunicar o objetivo do grupo e aferir as suas disponibilidades. No caso de se mostrarem interessados em participar no programa, foi dada a possibilidade de ambos os elementos do casal ou apenas um participar no grupo, ficando esta escolha ao critério das famílias.

Seis mães e um pai vieram à entrevista, sendo que uma mãe foi excluída do programa, uma vez que, por se encontrar em fim de gravidez, não teria possibilidade de participar em todas as sessões. A amostra final compôs-se de cinco mães e um pai. Ao longo de doze semanas foram realizadas sessões semanais, com a duração de duas horas, em horário pós-laboral, com três facilitadoras com formação no Programa FMFJ. Em todas as sessões foi realizado um breve intervalo, com um lanche. Após três meses, foi agendada e realizada uma nova sessão com todos os pais e facilitadoras, a fim de realizar um *follow-up* do grupo.

Medidas Aplicadas

Na primeira e última sessão e no *follow-up* de três meses, foram preenchidos pelos pais os seguintes questionários: Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) e Índice de Parentalidade Autorizada (API): Auto (versão portuguesa de M. Gaspar e M. Alarcão, 2003).

RESULTADOS

Relativamente à tipologia das famílias das crianças cujos pais foram selecionados para participarem no grupo, três são famílias nucleares, uma monoparental e duas reconstituídas. Na maioria das famílias, concretamente em quatro famílias, existe um nível socioeconómico médio-baixo e duas famílias têm um nível médio, de acordo com a escala de *Graffar*. Apenas em um dos agregados, existia um dos elementos do casal desempregado, estando os restantes elementos das famílias empregados a tempo inteiro. Na família monoparental, a mãe encontrava-se em trabalho a tempo inteiro por turnos. Todas as crianças

das famílias selecionadas, pertenciam a uma fratria de dois irmãos, sendo quatro crianças as mais velhas da fratria. A média de idades dos seis pais que participaram no grupo é 40,5 anos, com idade máxima de 47 anos e idade mínima de 36 anos. Quanto à escolaridade dos pais participantes no grupo, quatro têm 9º ano de escolaridade, um tem licenciatura e um tem mestrado. Todos estes pais estavam empregados a tempo inteiro.

No Quadro I, apresentam-se o total, em valor absoluto, de resultados anormais para cada subescala do SDQ, nos vários momentos de avaliação.

Quadro I. Frequência absoluta de SDQ com resultados anormais.

Dimensões	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Follow-Up 3M
SDQ Emocional	4	2	3
SDQ Comportamento	4	1	0
SDQ Relação com Pares	2	0	1
SDQ Hiperatividade	3	1	1
SDQ Total	3	2	1
Noção de Impacto Familiar	4	2	2

O SDQ é um questionário de despiste comportamental composto por 25 itens e um suplemento de Noção de Impacto Familiar. O somatório dos itens permite avaliar competências de quatro subescalas: Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade e Relação com os Outros. O somatório destas subescalas (SDQ Total) configura o total de dificuldades da criança. O suplemento de Noção de Impacto Familiar coloca questões acerca da cronicidade do problema, nível de stress por ele provocado, ajustamento social da criança

e sobrecarga que este problema implica para a família.

Em todas as subescalas se verificou uma diminuição do número de subescalas cotadas como anormais entre o momento inicial e as avaliações subsequentes. Realçam-se os resultados obtidos na *Subescala de Comportamento*, inicialmente com quatro questionários a cotar para dificuldades nesta área e que na avaliação de *follow-up* a três meses nenhum questionário apresentava resultados anormais nesta subescala. Na *Subescala de Hiperatividade* verificou-se uma redução de três questionários que inicialmente cotaram para anormal, havendo na avaliação final apenas um questionário alterado nesta subescala. Quatro questionários cotaram inicialmente para *Noção de Impacto Familiar*, com com redução para dois questionários quer na avaliação final quer no *follow-up* a três meses..

O API dá informação acerca de duas dimensões *Aceitação* (que diz respeito às práticas de aceitação e apoio ao/à filho/a, confortar, ser afetivo e envolver-se nas atividades; composta por 9 itens) e *Controlo* (a qual inclui práticas como definir e manter regras de comportamento, supervisionar e monitorizar as atividades do/a filho/a e manter a estrutura e previsibilidade; composta por 7 itens). Os resultados são obtidos através do somatório dos valores obtidos em cada item, cotado de um a quatro pontos, pelo que se tem para a variável *Aceitação* uma pontuação possível de nove a 36 pontos e para a variável *Controlo* uma variação possível de sete a vinte e oito pontos.

Como se pode observar no Gráfico 1 e Gráfico 2, verificou-se uma melhoria em ambas as dimensões. Na dimensão *Aceitação* objeti-

vou-se um aumento médio de 23,6% entre o score inicial e o final. Da avaliação final do grupo para o *follow-up* a três meses verificou-se um decréscimo de 2,8% na cotação desta dimensão, mantendo-se um aumento de 15,27% comparando com o *score* inicial. Relativamente à dimensão *Controlo* verifica-se um aumento no *score* nos vários tempos de avaliação com uma melhoria de 7,2% da avaliação inicial para a final e um acréscimo adicional de 1,4% no *follow-up* a três meses, com uma melhoria no *score* total de 8,6%.

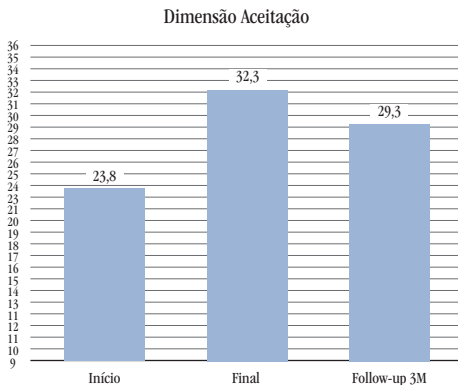


Gráfico 1 . Valores médios na cotação do Questionário API - Dimensão *Aceitação*.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Existem melhorias em todas as subescalas do SDQ avaliadas, assim como no *SDQ total*, no final do programa e no *follow-up* a 3 meses. Sendo o MFMJ um programa direcionado a problemas do comportamento, seria esperado obter uma melhoria sobretudo nas subescalas do SDQ que traduzem dificuldades externalizantes – Subescala *Comportamento e Hiperatividade*. Este facto está de acordo com os

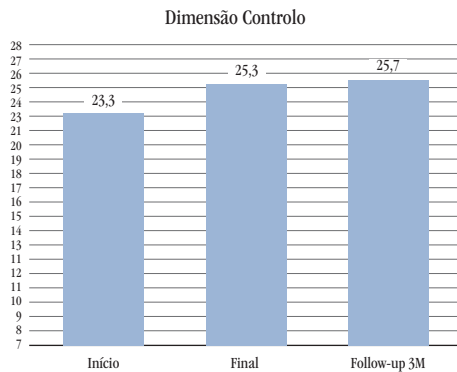


Gráfico 2. Valores médios na cotação do Questionário API - Dimensão *Controlo*.

resultados encontrados, sendo estas melhorias mantidas no *follow-up* a três meses.

Nas Subescalas *Emocional* e de *Relação com os Pares* verificou-se também uma redução do número de subescalas anormais no final do programa, registando-se um aumento no mesmo quando comparadas a avaliação final e de *follow-up* a três meses.

Vários fatores podem contribuir para os resultados encontrados nomeadamente o facto do Programa MFMJ incidir e dar ferramentas aos pais para lidar com os problemas externalizantes, o que contribui para a diminuição dos mesmos. Também ao promover a parentalidade positiva e restabelecimento de relações pais-filhos satisfatórias, poderá permitir que os pais estejam mais atentos a dificuldades de ordem internalizante, cotando mais para esta subescala, três meses depois do programa concluído.

A diminuição de *Noção de Sobrecarga Parental* no SDQ e o aumento na Dimensão *Aceitação* no API podem suportar a ideia de que o programa MFMJ, ao promover dinâ-

micas pais-filhos mais positivas, minimiza o peso dos problemas das crianças, aos olhos dos pais. Estas mudanças são de relevo, tendo em conta tratar-se de uma população de crianças com patologia psiquiátrica em que a aceitação será importante no processo terapêutico. Na Dimensão *Controlo* do API verifica-se uma melhoria sustentada em todos os tempos de avaliação, reforçando a noção de competência parental do ponto de vista dos pais, o que se pode revelar numa maior capacidade de supervisão das crianças, contribuindo para a manutenção das melhorias no comportamento.

Os resultados obtidos apresentam como principal limitação a dimensão reduzida da amostra ($n=6$) para o propósito de demonstrar as mudanças obtidas com o programa MFMJ, numa amostra clínica. Não deverá, ainda, ser negligenciado o facto de todas as crianças se encontrarem em seguimento em consulta de Pedopsiquiatria e, portanto, com intervenção psicoterapêutica / psicofarmacológica concomitante ao programa, pelo que um futuro desenho de estudo deverá contemplar um grupo de comparação. Outra limitação do artigo foi a utilização de escalas preenchidas apenas na versão dos pais, uma vez que a ampliação destes resultados ao preenchimento pelas próprias crianças, e eventualmente dos professores, fortaleceria a percepção do impacto do mesmo nos sintomas clínicos. Será importante replicar o programa em outras amostras clínicas, bem como fazer uma meta-análise dos resultados obtidos em diversos grupos, de forma a poder demonstrar a utilidade e resultados nesta população.

As dificuldades socioeconómicas e a fraca rede de suporte social, relatadas pelos pais poderão explicar a dificuldade de adesão ao grupo de um maior número de participantes – de 22 pais contactados apenas seis participaram no programa. De forma a colmatar as dificuldades descritas pelos pais, o grupo funcionou num horário pós-laboral. A possibilidade de garantir um espaço supervisionado onde pudessem ser integradas as crianças ou adolescentes durante a sessão dos pais foi outra medida pensada neste sentido.

A evidência de melhoria desta intervenção em grupo deveria suportar maior investimento na aplicação do programa MFMJ, empiricamente validado, nos serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, sendo adicionalmente uma intervenção custo-efetiva.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

BIBLIOGRAFIA / *REFERENCES*

1. Quay K, Stringaris A. Oppositional defiant disorder. In: Rey JM, editor. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012.

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5th ed. Washington DC: Author; 2013.
3. Costin J, Lichte C, Hill-Smith A, Vance A, Luk E. Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder. Australian e-Journal for the advancement of mental health. 2004;3:1-8.
4. Hutchings J, Bywater T, Daley D. Early prevention of conduct disorder: How and why did the North West Wales Sure Start study work? Journal of Children Services. 2007;2:4-14.
5. Campbell S, Shaw D, Gilliom M. Externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. Development and Psychopathology. 2000;12:467-488.
6. Shaw D, Lacourse E, Naguin D. Developmental trajectories of conduct problems and hyperactivity from ages 2 to 10. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2005;46:931-942.
7. Woolfenden SR, Williams K, Peat JK. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. Arch. Dis. Child. 2002;86:251-256.
8. Barrias P. Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Déficit de Atenção. In: Monteiro P, coord. Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência. Lisboa: LIDEL;2014. p. 115-134.
9. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy CM. A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. Clin Psychol Ver. 2006;26(1):86-104.
10. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A metaanalytic review of components associated with parent training program effectiveness. J Abnorm Child Psychol. 2008;36(4):567-589.
11. Dretzke J, Davenport C, Frew E, Barlow J, Stewart-Brown S, Bayliss S et al. The clinical effectiveness of different parenting programs for children with conduct problems: a systematic review of randomized controlled trials. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2009.
12. Bayer J, Hiscock H, Scalzo K, Mathers M, McDonald M, Morris A et al. Systematic review of preventive interventions for children's mental health: what would work in Australian contexts? Aust N Z J Psychiatry. 2009;43:695-710.
13. Brestan EV, Eyberg SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. J Clin Child Psychol. 1998;27(2):180-189.
14. Jerónimo A, Sequeira J, Gaspar M. A mudança narrativa em grupos de formação parental. In: fad revista de psicologia. 2010;1(1): 371-379.
15. Stratton C, Gaspar M, Seabra-Santos M. Incredible years parent, teachers and children series: Transportability to Portugal and early intervention programs for promoting social and emotional competence. Psychosocial Intervention. 2012;21(2), 157-169.
16. Stalker KC, Rose RA, Bacallao M, Smokowski PR. Parenting Wisely Six Months Later: How Implementation Delivery Impacts Program Effects at Follow-Up. J Primary Prevent. 2018.