

SUSANA MARGARETE HELENO PEREIRA

EFICÁCIA DO PROGRAMA “JUNTOS NO DESAFIO” NA PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS EM MÃES DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO



INSTITUTO SUPERIOR
MIGUEL TORGA

ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias

Cognitivo – Comportamentais

COIMBRA, 2017



Eficácia do programa “Juntos no Desafio” na promoção de
competências em mães de crianças com diagnóstico de
perturbação de hiperatividade e défice de atenção

SUSANA MARGARETE HELENO PEREIRA

Dissertação Apresentada ao ISMT para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica - Ramo de Especialização em Terapias cognitivo-
comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Coimbra, Junho de 2017

Agradecimentos

De um modo geral, agradeço a todos os intervenientes que contribuíram para a consolidação e concretização deste trabalho académico.

Gostaria de deixar um agradecimento especial à minha orientadora Dra. Maria dos Anjos Dixe pela sua incansável colaboração, compreensão e apoio prestado na concretização deste projeto académico.

Saliento o apoio prestado pelo IPL – Escola Superior de Saúde de Leiria quer ao nível dos esforços efetuados para a divulgação da Formação Parental, bem como, pela cedência das suas instalações e materiais de apoio às sessões, um Obrigada!

Deixo ainda um forte agradecimento às Mães que mostraram determinação, motivação e disponibilidade para embarcar neste desafio. Sem vós nada disto teria sido possível. Foi uma experiência enriquecedora!

Por último, agradeço à minha família pela paciência e compreensão prestada ao longo deste período pautado por inúmeros esforços pessoais, e ao meu namorado pela sua enorme capacidade de resiliência e boa disposição.

Um bem haja a todos!! Muito Obrigada!!

Resumo

As perturbações do comportamento há muito que têm merecido a atenção de pediatras, pedopsiquiatras e psicólogos, sendo uma constante na prática clínica. A intervenção nesta problemática deve ser multimodal de onde se destacam, para além, da componente farmacológica, do acompanhamento individual da criança, os programas de Treino Parental.

Neste estudo quase experimental caracterizado por dois momentos “antes e depois”, procedeu-se à avaliação da eficácia de um Programa na Promoção de Competências Parentais “Juntos no Desafio” numa amostra de mães, com filhos em idade escolar, e com diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

Os resultados demonstram que a intervenção parental implementada permite melhorar e/ ou aumentar o leque de competências parentais nas mães, dado que se verificam melhorias significativas na amostra, quer ao nível dos conhecimentos sobre a PHDA, quer ao nível das práticas educativas parentais. Conjuntamente, verifica-se uma diminuição nos níveis de *stress* parental manifestados, e melhorias na perceção dos sintomas associados à PHDA, nas seguintes dimensões, sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade/distração e problemas com pares.

Palavras-Chave: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Relação Pais-Filhos; Educação, Terapia Cognitivo-Comportamental.

Abstract

Behavioral disturbances have long deserved the attention of pediatricians, psychiatrists and psychologists, being a constant in clinical practice. The intervention in this problematic must be multimodal from which the Parental Training programs stand apart, besides the pharmacological component, of the individual accompaniment of the child.

In this quasi-experimental study characterized by two "before and after" moments, the effectiveness of a Program for the Promotion of Parenting Skills "Together in the Challenge" was evaluated in a sample of mothers with children of school age and diagnosed with Disorder Of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

The results demonstrate that the implemented parental intervention allows to improve and / or to increase the range of parental competences in the mothers, since there are significant improvements in the sample, both in the knowledge about the PHDA and in the level of parental educational practices. There is a decrease in the levels of parental stress manifested, and improvements in the perception of symptoms associated with ADHD, in the following dimensions, emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity / distraction and problems with peers.

KeyWords: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity; Parent-Child Relationship; Education; Cognitive-Behavioral Therapy.

Índice

Introdução	1
Materiais e Métodos	7
<i>Tipo de estudo</i>	7
<i>Participantes</i>	7
<i>Procedimentos</i>	8
<i>Instrumentos</i>	10
<i>Análise Estatística</i>	13
Resultados	14
Discussão	22
Conclusão	26
Bibliografia	28
Anexos	33

Índice de Figuras.

Figura 1. <i>Perfil dos valores médios obtidos pelas mães face à Motivação e Expetativas antes e depois da implementação do programa.....</i>	19
--	-----------

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon para a variável Conhecimentos das mães sobre a PHDA.....	14
Tabela 2 - Resultados da aplicação do teste do sinal às práticas educativas das mães antes e depois da implementação do programa "juntos no desafio"	15
Tabela 3 - Distribuição das respostas da amostra relativamente à frequência de práticas educativas antes e depois do programa de promoção das competências parentais "juntos no desafio"	16
Tabela 4 - Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon à Perceção das mães face às Capacidades e dificuldades da criança (sintomatologia associada à PHDA).	17
Tabela 5 - Resultados do Teste de Wilcoxon aplicado à variável Stress Parental das mães antes e depois da implementação do programa.	18
Tabela 6 - Nível de Satisfação das mães face aos efeitos do Programa Parental*	20
Tabela 7 - Nível de Satisfação das mães face à Informação das Sessões.....	21
Tabela 8 - Resultados da aplicação do teste do sinal às práticas das mães antes e depois da implementação do programa "juntos no desafio"	65
Tabela 9 - Resultados do Teste de Wilcoxon aplicado à variável Stress Parental das mães antes e depois da implementação do programa "juntos no desafio"	68
Tabela 10 - Nível de satisfação das mães face às Práticas/Estratégias Parentais específicas.....	69

Lista de Acrónimos e Abreviaturas

AAP – American Academy of Pediatrics

APA – American Psychiatric Association

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª Edição

ISP – Índice de Stress Parental

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PTP – Programa de Treino Parental

SDQp – Questionário de Capacidades e Dificuldades (Versão para pais)

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

Introdução

O exercício da Parentalidade constitui um dos papéis mais importantes e desafiantes, especialmente quando falamos em Pais de crianças com diagnóstico de perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (PHDA) cuja sintomatologia assume um particular impacto na vida da criança e da sua família.

Nessa dinâmica familiar, pais e filhos influenciam-se reciprocamente, pelo que a qualidade dessa relação exerce uma forte influência na manutenção/agravamento das dificuldades de comportamento exibidas pela criança (Bochi, Friedrich & Pacheco, 2016; Lobo, Flach & Andretta, 2011; Pires, Silva & Assis, 2012; Reedtz & Klest, 2016; Ródenas, Garcés, Durá & Doñate-Martinez, 2014).

Considerando que a existência de uma psicopatologia infantil apresenta repercussões ao nível do sistema familiar, em famílias de crianças com PHDA podem ser observadas disfunções familiares em diversos níveis (e.g. sentimentos de incompetência parental, sintomas depressivos, *stress* parental, reduzida assertividade na monitorização dos comportamentos (Faria & Cardoso, 2016; Lobo et al., 2011; Machado, 2012; Reedtz & Klest, 2016; Ródenas et al., 2014; Abidin & Santos, 2014; Silva, et al., 2015; Teixeira, Marino & Carreiro, 2015).

A PHDA é uma perturbação neurocomportamental caracterizada por um padrão persistente de desatenção, impulsividade e hiperatividade (Andrade & Júnior, 2007; Barkley, 2006; Caballo & Simón, 2005; Costa, Heleno & Pinhal, 2010; Desidério & Miyazaki, 2007; Teixeira et al, 2015).

Aspetos, como a inibição comportamental, os défices nas funções executivas e na auto-regulação têm sido utilizados para explicar os défices nucleares da PHDA (Barkley, 2006; Caballo & Simón, 2005; Costa et al., 2010; Gonçalves, et al., 2013; Teixeira et al., 2015).

O mais recente sistema classificatório (DSM-V, 2014) insere a PHDA no grupo das perturbações neurodesenvolvimentais, dividindo-a em três subtipos de “apresentações” (apresentação predominantemente de desatenção; apresentação predominantemente de hiperatividade – impulsividade e a apresentação combinada)

com diferentes graus de disfuncionalidade desde leve, a moderada e a grave, tendo o seu início na infância até à idade adulta (Barkley, 2006; Caballo & Simón, 2005; Oliveira, Pereira, Medeiros & Serrano, 2015; American Psychological Association, 2014).

A PHDA trata-se de um assunto relevante para a saúde pública, dado a sua prevalência. Em Portugal encontra-se entre os 4% e os 5% em crianças em idade escolar, com maior predomínio no sexo masculino (Oliveira et al., 2015; Villalobos, et al., 2007).

A etiologia da PHDA não é completamente conhecida, embora seja consensual a sua natureza multifactorial. As disfunções neurológicas evidentes, ao nível dos neurotransmissores dopamina e norepinefrina, as diferenças de volume do córtex pré-frontal, dos gânglios de base, do corpo caloso e do cerebelo, a fraca atividade elétrica pré-frontal, tal como fatores hereditários e genéticos assumem uma forte relevância para a sua ocorrência (Andrade & Júnior, 2007; Barkley, 2006; Caballo & Simón, 2005; Costa et al., 2010; Oliveira et al., 2015).

A PHDA é considerada uma das patologias mais heterogêneas da infância, devido à elevada taxa de comorbilidades com outras perturbações. A perturbação do comportamento (oposição/desafio) é das comorbilidades mais frequentemente associadas à PHDA (40 a 70% casos), seguida de dificuldades de aprendizagem específicas, perturbações de humor, entre outros problemas neuropsicológicos (APA, 2014; Barkley, 2006; Barletta, 2011; Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003; Costa et al., 2010; DSM -V, 2014; Oliveira et al., 2015).

Quanto ao tratamento clínico da PHDA, a literatura de referência aponta para intervenções múltiplas e/ou combinadas de natureza farmacológica (e.g. psicoestimulantes - Metilfenidato) e/ou comportamental (e.g. programas de treino parental) considerando todos os agentes envolvidos (pais, educadores, professoras, etc.) (American Academy of Pediatrics, 2011; Barkley, 2006; Costa et al, 2010; Hauth - Charlier & Clément, 2009).

A família é o principal agente socializador da criança moldando as suas características para um desenvolvimento saudável tendo como função fundamental a proteção, a contenção e o apoio da criança.

No entanto, a família pode funcionar também, como um elemento potenciador de dificuldades e de *stress* (Ballenato, 2009; Bargas & Lipp, 2013; Caleiro & Silva, 2012; Faria & Cardoso, 2016). Para vários autores, as crianças com PHDA apresentam um ambiente familiar menos organizado, conflituoso e um pior funcionamento familiar (Bargas & Lipp (2013); Faria & Cardoso (2016); Hauth-Charlier & Clément (2009); Pires et al., (2012)

Este aspeto pode ser explicado pelo ciclo vicioso que se instala nas relações familiares em que o comportamento da criança (e.g. a irrequietude, a fraca cooperação e adesão a regras, o fraco envolvimento nas rotinas) exige da família uma monitorização constante dos comportamentos, das rotinas, dos conflitos conduzindo-a a episódios de *stress* parental, à exaustão física e psicológica, e a práticas parentais inapropriadas que perpetuam o ciclo vicioso da disfuncionalidade (Bargas & Lipp, 2013; Barkley, 2006; Hauth - Charlier & Clément, 2009; Desidério & Myazaki, 2007; Pires et al., 2012; Teixeira et al, 2015).

Pais stressados pela dificuldade relativa à educação dos seus filhos tendem a utilizar práticas parentais coercivas e excessiva punição física que podem funcionar como fator de risco no agravamento e manutenção dos sintomas da PHDA tendo consequências negativas, tanto no desenvolvimento da criança, como no funcionamento familiar (Bargas & Lipp, 2013; Bochi et al, 2016; Carlos, 2013).

Por seu turno, as mães também parecem ter uma grande dificuldade em aceitar as dificuldades dos seus filhos, interpretando de forma errada, a incompetência como desobediência a exercer algumas tarefas, o que potencializa níveis mais altos de *stress* e enfraquece a vinculação mãe-filho (Bargas & Lipp, 2013; Faria & Cardoso, 2016).

Trabalhos de Barkley (2006), com base em relatos dos pais apontam outras repercussões tais como, uma maior insatisfação com os seus papéis parentais e/ou diminuição do sentimento de competência parental, bem como, conflitos e problemas conjugais (incluído processos de separação, divórcios) e sintomas depressivos.

Finalmente, torna-se evidente que os conhecimentos, a compreensão sobre o quadro de diagnóstico da PHDA, o tipo de práticas educativas empregues pelos Pais na gestão comportamental e na regulação emocional das crianças com PHDA, o nível de *stress* experimentado são variáveis determinantes para um desenvolvimento

saudável e para o bem-estar comum (Bargas & Lipp, 2013; Coelho & Murta, 2007; Hauth - Charlier & Clément, 2009; Ródenas et al., 2014).

É primordial que os pais de crianças com PHDA aprendam a utilizar práticas parentais positivas e estratégias educativas que demonstrem aceitação e compressão das dificuldades envolvidas neste desafio que é a PHDA.

A literatura demonstra que os Pais que conseguem impor limites, que sabem comunicar expressando opiniões e sentimentos oferecem aos seus filhos modelos de comportamento adequados reduzindo a incidência de comportamentos disruptivos (Bargas & Lipp, 2013, Barkley, 2006; Coelho & Murta, 2007; Costa et al, 2010; Faria & Cardoso, 2016; Hauth - Charlier & Clément, 2009; Ródenas et al, 2014; Teixeira et al, 2015).

As limitações do tratamento farmacológico e as repercussões da PHDA no bem-estar familiar aliadas a práticas educativas parentais desajustadas, terão contribuído para que ao longo dos anos, diversos programas de intervenção comportamental fossem desenvolvidos (Barkley, 2006; Bolsoni-Silva, Villas Boas, Romera & Silveira, 2010; Caballo & Simón, 2005; Charlier-Hauth & Clément, 2009; Coelho & Murta, 2007; Costa et al, 2010; Emídio, Ribeiro & Farias, 2009; Pinheiro et al., 2006).

Os PTP são uma opção de intervenção eficaz e empiricamente consolidada para orientar, treinar e apoiar os pais na implementação de práticas e estratégias que promovem o comportamento funcional da criança com PHDA, contribuindo para o ajustamento parental (AAP, 2011; Bargas & Lipp, 2013, Barkley, 2006; Bochi et al., 2016; Charlier-Hauth & Clément, 2009; Reedtz & Klest, 2016; Ródenas et al, 2014; Sena & Souza, 2008).

A implementação dos PTP deve realizar-se numa perspetiva preventiva em idade mais precoce, ou quando a resposta medicamentosa é insuficiente, ou os efeitos colaterais são insuportáveis (AAP, 2011; Barkley, 2006; Desidério & Miyazaki, 2007; Hauth - Charlier & Clément, 2009; Sena & Souza, 2008).

O protocolo de treino parental deve centrar-se em aspetos como a psicoeducação, a) esclarecimento aos pais sobre a Perturbação e suas implicações no comportamento da criança, na dinâmica familiar e noutros contextos (e.g. escola, convívio com os pares) e as práticas parentais positivas, b) ensinar os pais a encorajar

comportamentos desejáveis; c) ensinar a aplicar consequências quando as regras/objectivos não são cumpridos; d) instruir os pais com pequenas estratégias que facilitem a organização de rotinas, cronogramas de horários, etc. (Andrade & Júnior, 2007; Barkley, 2006; Bolsoni-Silva, Silveira & Marturano, 2008; Costa et al, 2010; Hauth - Charlier & Clément, 2009; Moreno, 2006; Ródenas et al, 2014).

Esta orientação aos pais visa facilitar o convívio familiar, a compreensão e aceitação do comportamento da criança diagnosticada, e dotar os pais de técnicas de gestão comportamental. Neste processo de treino parental, os pais funcionam como agentes de intervenção, i.e. são coterapeutas no processo de tratamento porque possuem acesso imediato ao comportamento problema e possuem reforçadores bastante poderosos e significativos para a criança, como a atenção e o afeto (Barkley, 2006; Coelho & Murta, 2007; Costa et al, 2010).

Quanto à eficácia dos PTP, a literatura de referência defende que não só promovem nos pais competências ou *skills* referentes à gestão do comportamento dos seus filhos, como também aumentam o sentimento de competência face ao desempenho da função parental, reduzindo os níveis de *stress* e fortalecendo os vínculos de convivência entre todos os elementos da família (Bargas & Lipp, 2013; Barkley, 2006; Hauth - Charlier & Clément, 2009; Costa et al, 2010; Faria & Cardoso, 2016; Reedtz & Klest, 2016).

A literatura especializada e estudos de revisão sistemática que englobam diversos PTP na PHDA mencionam que a melhoria das competências parentais é acompanhada por uma redução significativa na frequência e severidade dos sintomas da PHDA, uma melhoria na manutenção dos comportamentos indisciplinados, bem como, contribuem para o desenvolvimento de práticas educativas positivas junto dos pais (Barkley, 2006; Barletta, 2011; Bochi, et al, 2016; Caleiro & Rodrigo, 2012; Pinheiro et al., 2006; Rocha, Rocha, Del Prette & Dell Prette, 2013; Coelho & Murta (2007); Emídio et al., 2009; Oliveira et al., 2015; Ródenas et al, 2014).

Face ao exposto e pela pertinência de tais resultados, o presente estudo pretende responder à seguinte questão de investigação “Qual é a eficácia de um programa de competências parentais “Juntos no Desafio” na promoção de competências em mães de crianças com diagnóstico de perturbação de hiperatividade e défice de atenção (Costa

et al, 2010).

Neste sentido define-se como objetivo primário:

- a) Verificar se a participação no programa “juntos no desafio” promove as competências parentais das mães (conhecimentos sobre a PHDA, práticas educativas empregues na monitorização do comportamento dos seus filhos) de crianças com PHDA.

Como objetivo secundário pretende-se:

- b) Verificar se a participação no programa “juntos no desafio” melhora a perceção das mães face às capacidades e dificuldades dos seus filhos (sintomatologia associada à PHDA e os níveis de *stress* parental das mães de crianças com PHDA.

Para além dos objetivos acima propostos pretende-se, igualmente, avaliar a motivação e as expetativas iniciais das mães face ao programa “juntos no desafio” e o seu grau de satisfação após a participação no programa parental.

Materiais e Métodos

Tipo de estudo:

No presente trabalho foi desenvolvido um estudo *quasi* experimental do tipo pré-teste e pós-teste sem grupo de controlo.

Participantes

O presente estudo foi constituído por uma amostra de 7 Mães com idades compreendidas entre os 37 e os 43 anos ($39,7 \pm 2,2$ anos). Do total da amostra, 4 Mães (57%) eram casadas ou estavam em regime de união de facto, as restantes 3 Mães (43%) encontravam-se Divorciadas.

Relativamente, às habilitações escolares (43%) da amostra de mães possuía o Ensino Secundário, (29%) o Ensino Superior, (14%) possuía o 3º ciclo, e com igual percentagem (14%) possuíam o 2º ciclo de escolaridade. No domínio profissional a amostra encontra-se distribuída por atividades profissionais do setor primário, secundário e terciário. Quanto à caracterização dos filhos desta amostra de Mães, 4 crianças eram do sexo masculino (57%) e 3 crianças do sexo feminino (43%), com idades compreendidas entre os 9 e os 11 anos.

Do total das 7 crianças, 4 frequentavam o 4º ano de escolaridade (57%), 2 frequentavam o 3º ano, correspondendo a (29%), apenas 1 criança (14%) frequentava o 5º ano de escolaridade. Por último, 4 das crianças (57%) faziam tratamento psicofarmacológico, e as restantes 3 (43%) não tomavam medicação.

Para a integração da amostra no estudo, os participantes deveriam cumprir os seguintes critérios estabelecidos: Serem pais de crianças com diagnóstico clínico comprovado de PHDA mediante relatório de avaliação psicológica, e com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos de idade.

Para todos os participantes foi obtido o consentimento informado e esclarecido relativo à sua participação na presente investigação (ver anexo 1). A amostra foi seleccionada de forma não probabilística por conveniência.

Procedimentos

Neste estudo foram desenvolvidos procedimentos de várias ordens: divulgação da ação de formação parental, seleção da amostra e implementação do estudo/programa.

Para a divulgação da ação de formação parental foi desenvolvido um folheto publicitário com apresentação e objetivos do programa, destinatários, data de implementação, local e um *link online* para o formulário de inscrição também criado para o efeito (ver anexo 2). De forma a chegar à comunidade de Leiria, o folheto foi colocado na página do IPL - Escola Superior de Saúde de Leiria, no facebook do projeto “juntos no desafio”, foram enviados *emails* para todos os agrupamentos de escolas da região de Leiria, centros de tempos livres, foi também publicado no jornal semanário Região de Leiria.

Para a seleção da amostra foi efetuada a triagem dos formulários de inscrição *online*, sendo contactados os participantes que preenchiam os critérios de inclusão, a fim de se confirmar a sua participação na primeira sessão do programa parental.

Quanto à implementação do estudo, a avaliação foi aplicada ao grupo de mães em dois momentos distintos, em contexto de sala de formação, sendo distribuída e recebida por um técnico externo ao estudo. O protocolo de avaliação do pré-teste consistiu na aplicação dos seguintes instrumentos: (1) Questionário de Conhecimentos; (2) Questionário de Práticas Educativas; (3) SDQp 4-16 - Questionário de Capacidades e Dificuldades (Fleitlich et al., 2005); (4) ISP - Índice de *Stress* Parental (Abidin & Santos, 2014); (5) Questionário de Motivação e Expectativa.

Quanto ao pós-teste, o protocolo de avaliação manteve-se igual ao pré-teste, com a exceção do (5) Questionário de Motivação e Expectativa, sendo incluído um outro questionário, nomeadamente, o (6) Questionário de Satisfação Global face ao Programa.

O programa de treino parental foi implementado nas instalações da Escola Superior de Saúde de Leiria, reunindo um total de 8 sessões semanais realizadas aos sábados das 14h30 às 16h30 durante os meses de maio e junho de 2016.

Na primeira sessão, ao grupo de mães foram transmitidas as regras de

participação (ver anexo 3) e o cronograma das respectivas sessões (ver anexo 4), posteriormente, na sessão de encerramento foram entregues os certificados de participação e realizada uma pequena “festa” onde as mães quiseram participar com alguns doces e registrar o evento em fotografia.

O programa terapêutico utilizado teve por base as 11 sessões recomendadas pelo programa Juntos no Desafio (Costa et al., 2010). Contudo, devido a questões logísticas, disponibilidade dos participantes optou-se por agrupar na Sessão 3 deste estudo ambas as sessões (sessão 0 – Partida, Largada... e Fugida e sessão 1 – Aprenda a prestar atenção – utilize o tempo especial); na Sessão 7 deste estudo as restantes sessões (a sessão 8 – Ajude o seu filho a concentrar-se; a sessão 9 – Promova a capacidade de organização do seu filho; a sessão 10 – Monitorizar a PHDA em contexto escolar) considerando a relação dos temas entre si. (ver Anexo 5)

Para a implementação das sessões foram desenvolvidos diversos materiais orientadores tais como, lista de presenças, tarefas de casa, notas de frigorífico, exercícios de chuva de ideias, grelhas de registo de tarefas de casa.

Como forma de auxiliar na psicoeducação e treino de competências parentais recorreu-se também a técnicas expositivas, exemplos práticos, vídeos educativos, dinâmicas de grupo, *brainstorming*, partilha de experiências/vivências entre as mães, leitura e consulta de capítulos do livro “Juntos no Desafio”, bem como, foi promovido o contato com livros técnicos na área da parentalidade e das perturbações neurocomportamentais. O computador, *datashow* e colunas de som foram utilizados como material de apoio às sessões.

Para encorajar o grupo de mães a manter a assiduidade no programa, reforçar as aprendizagens e incentivar a realização das tarefas de casa foi fornecido *feedback*, suporte e interação positiva através da rede social (*facebook*) do programa, com recurso a imagens, frases e vídeos relevantes, e troca de *emails* com esclarecimentos de dúvidas. Nos instrumentos de colheita de dados as mães foram identificadas com um código para manter o anonimato das mesmas.

Instrumentos

Esta descrição contempla os instrumentos utilizados para a recolha dos dados nos vários domínios e que a seguir se exemplificam seguindo os objectivos.

a) Caracterização Sociodemográfica

Para este efeito utilizou-se a ficha de inscrição *online* dos participantes onde constam elementos caracterizadores das mães, como a idade, o género, o estado civil, as habilitações escolares, a profissão, assim como, elementos caracterizadores dos seus filhos, como a idade, ano de escolaridade, género, diagnóstico, e medicação.

b) Questionário de Conhecimentos dos pais sobre PHDA

Pretendeu-se avaliar processo de psicoeducação dos participantes nos diferentes momentos do programa. É constituído por 32 Itens relevantes de forma a verificar a compreensão da temática da PHDA. A escala de resposta para cada item é verdadeiro e falso tendo sido construído para o efeito tendo por base a literatura científica sobre a temática. Para a pontuação global dos conhecimentos foi atribuído 0 à resposta errada e 1 à resposta certa, pelo que a mesma poderá oscilar entre 0 e 32.

c) Questionário de Práticas Educativas Parentais

Este instrumento avalia as práticas educativas, i.e. as estratégias e técnicas utilizadas pelos participantes na gestão do comportamento dos seus filhos. É constituído por 70 Itens, em que os participantes assinalam a frequência com que utilizam determinada estratégia/técnica educativa relativamente aos diferentes momentos de avaliação do programa. A escala de resposta varia entre Nunca (0), Às Vezes (1) e Sempre (2).

Os 70 itens do questionário refletem todas as estratégias/técnicas educativas abordadas e trabalhadas no decorrer das sessões do programa, e têm por base os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental e da aprendizagem social (Costa, et al, 2010). A análise das práticas foi efetuada indicador a indicador.

d) Questionário de Capacidades e Dificuldades, Versão para pais ([SDQ] *Strengths and Difficulties Questionnaire*; Goodman, 2001); (Versão Portuguesa para Pais 4-16, de Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2005)

Foi a medida escolhida para avaliar a perceção dos pais sobre a sintomatologia da criança. Trata-se de uma medida de despiste comportamental, aferida e adaptada para a população Portuguesa por Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2005. A versão utilizada destina-se a Pais de crianças com idades compreendidas entre os 4-16 anos.

Composto por 25 Itens e um suplemento de impacto. Apresenta uma escala de resposta tipo *likert* com pontuações que variam entre “0- Não é verdade”, “1 - É um pouco verdade” e “2 - É muito verdade”. Os 25 Itens estão divididos em 5 subescalas (1) Sintomas Emocionais; (2) Problemas de Conduta; (3) Hiperatividade/Desatenção; (4) Problemas com Pares; (5) Comportamento Pró-Social. Os resultados de cada uma das subescalas são obtidos pelo somatório dos valores dos 5 itens de cada uma delas, podendo ser interpretados como normais, limítrofes e anormais. O somatório de todos os itens correspondentes às 4 escalas de comportamento problemático representando o Total de Dificuldades da criança (mínimo 0 e máximo 40 pontos).

No Suplemento de Impacto são colocadas questões acerca da cronicidade do problema, nível de *stress* provocado, ajustamento social da criança e sobrecarga que esse problema implica para as outras pessoas. Relativamente às qualidades psicométricas, a versão portuguesa evidenciou níveis adequados numa população de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos de idade, pelo que os resultados obtidos nesta investigação devem ser analisados com precaução, dado que a nossa amostra engloba crianças de uma faixa etária mais alargada.

e) Índice de Stress Parental - adaptação portuguesa do *Parenting Stress Index* (PSI) (Abidin & Santos, 2º Edª. Rev., 2014)

Trata-se de um questionário composto por 132 itens utilizado como medida de despiste e de diagnóstico na identificação de fontes de *stress*. Este questionário pode ser administrado a Pais de crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos.

É constituído por 108 itens divididos em dois domínios integrando cada um deles 54 itens - Domínio dos Pais e Domínio da Criança - devendo os Pais dispor a sua opinião numa escala de cinco pontos (desde “concordo completamente” até “discordo completamente”). Inclui ainda uma escala opcional - *Stress* de vida - (constituída por 24 itens) em que é solicitado uma resposta “Sim”/“Não”, que integramos no presente estudo.

O Domínio da Criança engloba sete subescalas que pretendem avaliar aspetos como as características da criança a forma como os pais percebem as repercussões destas neles próprios: Distracção/Hiperactividade, Reforço aos Pais, Humor, Aceitação, Maleabilidade de Adaptação, Exigência e Autonomia.

O Domínio dos Pais compreende sete subescalas que avaliam características das figuras parentais e variáveis do contexto familiar: Sentido de Competência, Vinculação, Restrição do Papel, Depressão, Relação com Marido/Mulher, Isolamento Social e Saúde. Os resultados do PSI são analisados em termos de percentis estabelecidos com base na distribuição de frequências da amostra normativa. Os resultados são considerados dentro dos limites normais quando se situam entre o percentil 15 e 80 (Abidin & Santos, 2014).

f) Questionário de Motivação e Expectativas

Medida de auto resposta em que as mães são convidadas a refletir sobre a disponibilidade interna para participar no programa e o que esperam do mesmo.

g) Questionário de Satisfação Global do Programa

Medida de auto-resposta que pretende aferir a satisfação dos pais face ao programa e divide-se em três partes distintas: I - Satisfação Global com o Programa de Treino Parental composta por 9 Itens; II- Informação fornecida nas sessões composta por 7 Itens; III - Práticas/Estratégias Parentais Específicas, que é composta por 17 Itens. A escala de resposta é do tipo *likert* que varia entre um 1 e 5 (Muito Insatisfeito; Insatisfeito; Indiferente; Satisfeito, Muito Satisfeito). Em termos de consistência interna, este instrumento não se encontra validado pelo que os resultados obtidos foram trabalhados indicador a indicador

Análise Estatística

As análises estatísticas necessárias ao tratamento de dados foram efetuadas com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 22. Para este estudo foi utilizada a Estatísticas Descritiva, nomeadamente, Frequências Relativas, Medidas de Tendência Central (Média e Mediana), e ainda, Medidas de Dispersão e Variabilidade (Desvio-Padrão).

Complementarmente, foi aplicado o teste de *Wilcoxon* e teste de sinal para amostras emparelhadas tendo por base as características das variáveis e a amostra não apresentar distribuição normal (verificada pelo teste de *Shapiro-Wilk*).

O nível de significância estatístico foi fixado em $p < ,05$ para todas as comparações.

Resultados

De seguida apresentam-se os resultados tendo por base os objetivos anteriormente definidos. Em algumas variáveis optou-se por colocar no texto os indicadores cujas diferenças foram estatisticamente significativas remetendo-se para anexo todos os restantes.

a) Eficácia do programa “juntos no desafio” nas competências parentais

Da análise aos resultados dos conhecimentos das mães sobre a PHDA nos diferentes momentos do programa (Tabela 1) constatou-se que as diferenças ao nível dos valores médios apresentados pelas mães são estatisticamente significativas ($p < 0.05$). O resultado da média dos conhecimentos no pós-teste é mais elevada face ao pré-teste, o que significa que as mães melhoraram/aumentaram os seus conhecimentos sobre a PHDA, após a participação no PTP.

Tabela 1

Resultados da aplicação do teste de Wilcoxon para a variável Conhecimentos das mães sobre a PHDA.

Questionário de Conhecimentos	Pré-Teste		Pós-Teste		Z	p
	N = 7		N = 7			
	Média	DP	Média	DP		
Total dos Conhecimentos	28,00	3,0	30,428	,975	2,032	,042

Apresentam-se os dados relativos às práticas educativas utilizadas pelas mães nos diferentes momentos de avaliação do programa (Tabela 2). De salientar, que para facilitar a análise apenas foram integrados os indicadores com significado estatístico ($p < 0,05$). Os restantes resultados encontram-se em anexo (ver anexo 12).

Na Tabela 2, observam-se diferenças negativas e positivas entre o pré e o pós-teste em diferentes indicadores.

As diferenças negativas permitem verificar que as mães melhoraram e/ ou modificaram as práticas na comunicação/relação com os filhos. Exemplificando, 6 do total das mães, no pós-teste passaram a “nunca” usar expressões de crítica negativa, a

fazer ameaças para controlar o comportamento dos filhos. As diferenças positivas obtidas no pós-teste mostraram, igualmente, que as mães melhoraram e/ ou acrescentaram práticas educativas ao seu repertório de competências parentais, nos restantes indicadores (ver Tabela 2).

De destacar que apesar dos restantes indicadores de práticas educativas (ver anexo 12) não serem estatisticamente significativos, foram observadas melhorias, após a aplicação do PTP.

Tabela 2

Resultados da aplicação do teste do sinal às práticas educativas das mães antes e depois da implementação do programa "juntos no desafio".

Indicadores de práticas educativas	a	b	c	p
2. Para identificar situações problema e comportamentos desafiantes do meu filho presto atenção e faço uma lista de problemas a modificar	0	7	0	,016
4. Na comunicação/relação com o meu filho (a) uso expressões de crítica negativa, e faço ameaças de forma a controlar o seu comportamento: (.....)	*6	0	1	,031
8. Entre o casal estamos, os dois de acordo com regras e limites que impomos ao nosso filho (a)	0	6	1	,031
23. Na organização das rotinas diárias do meu filho (a) utilizo Cartões de Tarefa	0	6	1	,031
25. Sempre que o meu filho (a) cumpre um pedido/regra que defini ofereço-lhe um elogio em forma de um cartão de cor verde	0	6	1	,031
27. Quando quero definir com clareza regras a cumprir pelo meu filho (a), em conjunto fazemos um contrato de comportamento	0	6	1	,031
28. No contrato de comportamento definimos em conjunto as regras a cumprir ou comportamentos que queremos mudar	0	6	1	,031
33. Quando o meu filho (a) cumpre uma regra do contrato comportamento ofereço-lhe uma ficha colorida com os pontos combinados imediatamente	0	6	1	,031
35. Quando já existem pontos acumulados deixo que o meu filho (a) os troque por privilégios ou prémios	0	6	1	,031
36. Quando o meu filho (a) tem um mau comportamento retiro-lhe como consequência pontos ou fichas coloridas	0	7	0	,016
48. Quando vou a um local público (ex. supermercado) peço ao meu filho (a) para me ajudar numa tarefa	0	6	1	,031
51. Quando estou numa saída pública penso em como me vou acalmar ou controlar as minhas emoções	0	7	0	,016
58. Para ajudar a acalmar o meu filho (a) utilizo a Técnica da Tartaruga	0	6	1	,031
59. Para incentivar o meu filho (a) no treino da tartaruga ofereço-lhe cartões de elogios	0	6	1	,031
61. Treinei com o meu filho (a) a técnica de relaxamento até ele (a) ser capaz de a fazer sozinho	0	6	1	,031

Notas: a) Diferenças negativas (pós é maior que o pré-teste); b. Diferenças positivas (pós é menor que o pré-teste); c. Igualdade. *Item invertido.

Na Tabela 3 é possível verificar a frequência das práticas educativas utilizadas pelas mães no pré e no pós-teste. Os dados obtidos demonstraram uma clara mudança entre a frequência de “nunca” para “sempre” ou vice-versa.

Como por exemplo, no item 2, 71% das mães que “nunca” utilizavam essa prática após o programa passaram a utilizá-la “sempre” integrando-a no seu repertório parental; no item 4, 86% das mães, após o programa diminuiu a frequência de utilização de expressões de crítica negativa para “nunca”, sendo que apenas 1 (14%) mãe permaneceu igual ao pré-teste. De salientar que estes dados reforçam os resultados descritos anteriormente.

Tabela 3

Distribuição das respostas da amostra relativamente à frequência de práticas educativas antes e depois do programa de promoção das competências parentais "juntos no desafio".

Práticas Educativas	Pré - Teste						Pós - Teste					
	NC		AV		SP		NC		AV		SP	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2.	5	71	2	29	-	-			2	29	5	71
4.	-	-	7	100	-	-	6	86	1	14	-	-
8.	3	43	3	43	1	14	-	-	1	14	6	86
23.	6	86	1	14	-	-	1	14	3	43	3	43
25.	7	100	-	-	-	-	1	14	3	43	3	43
27.	5	71	2	29	-	-	-	-	1	14	6	86
28.	4	57	2	29	1	14	-	-	-	-	7	100
33.	6	86	1	14	-	-	1	14	2	29	4	57
35.	5	71	1	14	1	14	-	-	1	14	6	86
36.	5	71	2	29	-	-	-	-	2	29	5	71
48.	-	-	6	86	1	14	-	-	-	-	7	100
51.	6	86	1	14	-	-	-	-	5	71	2	29
58.	7	100	-	-	-	-	1	14	4	57	2	29
59.	7	100	-	-	-	-	1	14	3	43	3	43
61.	6	86	1	14	-	-	-	-	4	57	3	43

Notas: NC = Nunca; AV = Às vezes; SP = Sempre.

c) Perceção das Mães face às Capacidades e Dificuldades da Criança (sintomatologia associada à PHDA)

Pela análise dos resultados apresentados na Tabela 4, e que compõem as subescalas do SDQp verificámos que os valores médios baixaram do pré para o pós-teste, à exceção da subescala Comportamento Pró-Social, que não evidenciou diferenças significativas entre ambos os momentos.

Após a participação no PTP, as mães perceberam melhorias nos sintomas emocionais dos seus filhos; uma diminuição dos problemas de comportamento, hiperatividade e distração nos seus filhos; a nível dos problemas com pares, as mães também consideraram que existiu uma melhoria no pós-teste. De um modo geral, após o programa as mães consideraram que os seus filhos apresentam melhorias ao nível das dificuldades, assim como, melhorias em aspetos relacionados com a cronicidade do problema, ajustamento da criança e sobrecarga para outras pessoas.

Tabela 4

Resultados da aplicação do teste Wilcoxon à perceção das mães face às Capacidades e Dificuldades da criança (sintomatologia associada à PHDA) antes e depois da implementação do programa "juntos no desafio".

SDQp - Subescalas	Pré-Teste N = 7		Pós-Teste N = 7		Z	p
	Média	DP	Média	DP		
Sintomas Emocionais	6,57	2,225	4,14	2,340	2,032	,042
Problemas Conduta	4,57	2,070	2,86	2,035	2,401	,016
Hiperatividade/Desatenção	9,00	1,000	6,43	2,507	2,032	,042
Prob. Relacionamento Pares	4,29	2,984	2,71	2,870	2,414	,016
Comportamento Pró-Social	7,86	2,410	7,86	2,545	0,000	1,00
Total das Dificuldades	24,43	5,740	17,43	8,923	2,371	,018
Suplemento de Impacto	5,43	2,878	3,14	2,795	2,207	,027

*apesar do teste não trabalhar com as médias e desvio padrão optou-se por coloca-los nas tabelas para ser mais fácil a interpretação dos resultados.

d) Níveis de Stress Parental das Mães de Crianças com PHDA

Aplicando o teste estatístico de wilcoxon aos domínios e respectivas subescalas antes e após o programa verificou-se, conforme a Tabela 5, que os níveis de stress parental diminuíram com significado estatístico ($p < 0,05$) ao nível do domínio dos pais e da criança, total de *stress* e das subescalas de distração/hiperatividade, humor, maleabilidade de adaptação, depressão, relação marido/mulher.

Apesar de os níveis médios de *stress* terem melhorado ou seja diminuído com o PTP (nos domínios e nas subescalas), quando comparados à amostra normativa do PSI, estes ainda se encontram elevados, exceto no domínio dos pais (amostra normativa: $M = 119,96$) e na subescala depressão (amostra normativa: $M = 20,25$).

Tabela 5

Resultados do Teste de Wilcoxon aplicado à variável Stress Parental das mães antes e depois da implementação do programa.

PSI - Subescalas	Pré-Teste N = 7			Pós-Teste N = 7			Z	p
	Média	Med	DP	Média	Med	DP		
Distração/ Hiperatividade	29,99	28,00	5,090	24,14	24,00	3,078	-2,214	,027
Humor	12,86	13,00	3,848	10,71	10,00	3,147	-2,032	,042
Maleabilidade de Adaptação	35,71	38,00	11,131	32,00	34,00	10,970	-2,041	,041
Depressão	22,29	24,00	5,880	18,29	18,00	5,707	-1,997	,046
Relação Marido/ Mulher	19,00	19,00	6,831	16,86	17,00	6,962	-2,226	,026
Domínio Criança	136,00	159,00	33,921	116,57	118,00	28,559	-2,366	,018
Domínio Pais	141,57	145,00	33,226	119,29	124,00	21,305	-2,366	,018
Total de Stress	277,57	305,00	64,861	235,86	244,00	46,517	-2,366	,018

Expetativa e Motivação das mães face ao programa “juntos no desafio”.

Da análise aos resultados das expetativas e motivação face ao PTP as mães mostraram-se muito expetantes face à sua utilidade, e ao seu papel muito importante na mudança de conduta dos seus filhos, conforme podemos visualizar na Figura 1, pela média de respostas em ambas as variáveis representadas.

Para além disto, as mães mostraram ainda uma clara motivação para a mudança, necessidade de ajuda e disposição/capacidade para participar no PTP. Por último, classificaram as expetativas face aos seus conhecimentos sobre o tema e capacidade para lidar com a problemática da PHDA como razoáveis.

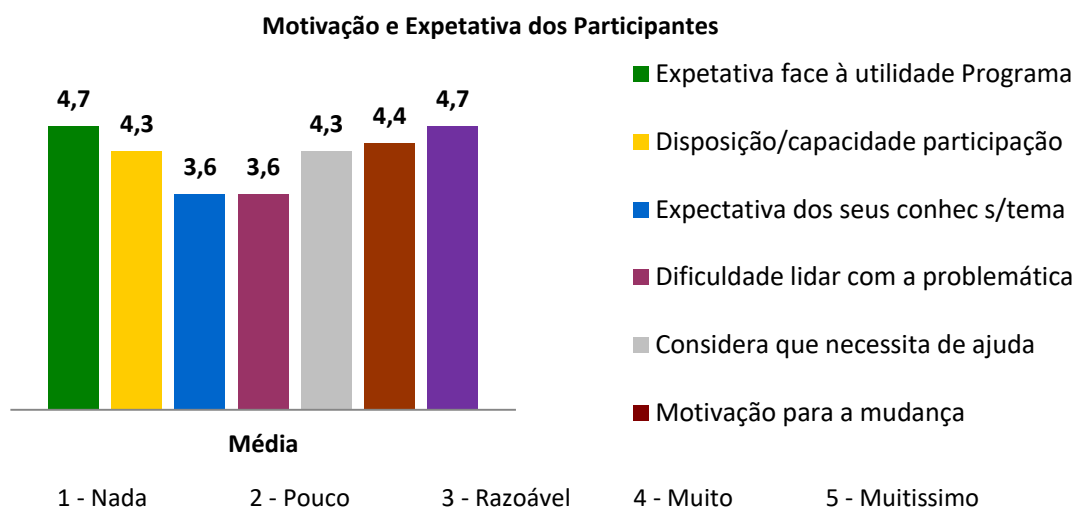


Figure 1. Perfil dos valores médios obtidos pelas mães face à Motivação e Expetativas antes e depois da implementação do programa.

Grau de Satisfação das mães face ao programa “juntos no desafio”

Para finalizar, apresenta-se o grau de satisfação das mães face ao PTP. Para uma análise mais detalhada do nível de satisfação face às práticas/estratégias parentais específicas devem ser consultados os anexos (ver anexo 12).

Neste sentido, de acordo com a Tabela 6, verificámos que as 86% das mães encontram-se de forma global muito satisfeitas com o PTP; com as melhorias no relacionamento com a criança; com as tarefas de casa das sessões, e com a confiança nas competências parentais adquiridas. Globalmente, após o PTP a totalidade das mães (100%) referiu estar muito satisfeita com a educação do seu filho.

Tabela 6

*Nível de Satisfação das mães face aos efeitos do Programa Parental**

Aspetos Avaliados	Muito Satisfeito	Satisfeito
	Nº (%)	Nº (%)
1.Satisfação Global com o Programa “Juntos no Desafio”	6 (86)	1 (14)
2. Melhoria do Relacionamento com o meu filho/a	6 (86)	1 (14)
3.Modificação problemas de comportamento no meu filho/a	3 (43)	4 (57)
4.Ajuda a lidar com problemas pessoais ou familiares	3 (43)	4 (57)
5.Satisfação global com as estratégias/técnicas abordadas	5 (71)	4 (29)
6.Tarefas de casa das sessões	6 (86)	4 (14)
7.Confiança nas Competências Parentais aprendidas	6 (86)	4 (14)
8.Confiança para enfrentar futuros problemas comportamentais em casa	4 (57)	4 (43)
9.Quanto à Educação do meu filho/a considero-me:	7 (100)	-

Notas: *foram excluídas da tabela as opções sem resposta.

Da análise aos resultados da Tabela 7, é de salientar que totalidade das mães (100%) demonstraram estar muito satisfeitas com os conteúdos abordados; os exemplos práticos/exercícios em sala; a leitura de capítulos/textos do livro “Juntos no Desafio” elementos fornecidos durante as sessões. A participação em grupo/diálogo com outros pais foi o aspeto que dividiu as mães, com 71% das mães muito satisfeitas e 29% satisfeitas.

Tabela 7

Nível de Satisfação das mães face à Informação das Sessões.

Notas: *foram excluídas da tabela as opções sem resposta.

Aspetos Avaliados	Muito Satisfeito	Satisfeito
	Nº (%)	Nº (%)
1.Conteúdos Abordados nas Sessões	7 (100)	-
2.Imagens e Vídeos	6 (86)	1 (14)
3.Exemplos práticos/exercícios realizados em sala	7 (100)	-
4.Participação em grupo/ diálogo com outros Pais	5 (71)	2 (29)
5.Outros recursos: Notas de frigorífico, chuva de ideias, grelhas de registo	6 (86)	1 (14)
6.Reforço/apoio aos Pais nas sessões	6 (86)	1 (14)
7.Leitura de capítulos/textos do livro "Juntos no Desafio"	7 (100)	-

Discussão

O “juntos no desafio” é um programa de treino de competências parentais destinado a pais de crianças com diagnóstico de PHDA que visa dotar os pais de conhecimentos e de práticas educativas que possibilitem uma gestão mais funcional do comportamento destas crianças, bem como, uma melhoria da dinâmica familiar (Costa et al., 2010).

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar a eficácia deste PTP numa amostra de 7 mães de crianças em idade escolar, com diagnóstico de PHDA.

Como objetivo primário pretende-se verificar se a participação no programa promove competências parentais das mães (i.e. conhecimentos sobre a PHDA e práticas educativa parentais).

Assim sendo, os dados obtidos referentes aos conhecimentos sobre a PHDA confirmam o objetivo proposto, i.e. o PTP aplicado contribui para uma melhoria dos conhecimentos das mães sobre a PHDA, sugerindo a obtenção de ganhos face à compreensão do quadro de diagnóstico da PHDA desta amostra de mães.

Quanto às práticas educativas parentais, da totalidade dos indicadores avaliados, 21% evidenciam melhorias estatisticamente significativas, estando alguns dos itens associados à utilização do programa, à comunicação/relação com os filhos (menos negativa e mais positiva), à monitorização dos comportamentos (e.g. cartões de tarefas e de elogios), ao sistema de fichas (e.g. contratos de comportamento, regras, pontos), à regulação emocional da criança (e.g. técnica da tartaruga, treino relaxamento).

Os restantes 79% também apresentam melhorias, embora sem significado estatístico. A existência desta percentagem elevada de itens, pouco significativos do ponto de vista estatístico, pode ser atribuída ao tamanho longo do questionário aplicado às mães e ao curto espaço de tempo dedicado à aplicação do programa.

Embora os dados neste domínio sejam menos expressivos, ainda assim, as mães apresentam uma melhoria na frequência das práticas e um aumento do leque de competências parentais. O PTP aplicado é capaz de promover práticas educativas

parentais. Conforme advogam os autores Lobo et al. (2011) as abordagens, como os PTP, que enfatizam comportamentos parentais funcionais, fornecem melhorias nas práticas educativas empregues pelos pais.

Como objetivo secundário, pretende-se verificar se a participação no programa melhora a perceção das mães face às capacidades e dificuldades dos filhos (sintomatologia associada à PHDA), e os níveis de *stress* parental.

Pela análise do SDQp verifica-se que esta proposta de intervenção produz mudanças positivas na perceção das mães face à sintomatologia associada à PHDA nomeadamente, observa-se uma redução nos valores médios no pós-teste, nas dimensões, problemas de conduta, hiperatividade/desatenção, sintomas emocionais, total das dificuldades e impacto da cronicidade desta perturbação no quotidiano e bem-estar da criança.

Tais resultados são explicados pela literatura especializada sobre os PTP, que preconiza, que a melhoria das competências parentais é acompanhada pela redução dos sintomas de PHDA nas crianças (Andrade & Júnior, 2007, Barkley, 2006; Barletta, 2011; Bochi et al., 2016; Coelho & Murta, 2007; Costa et al., 2010; Bolsoni et al, 2010; Lobo et al, 2011; Pinheiro et al., 2007).

Neste sentido, o aumento e/ou a melhoria dos conhecimentos sobre a PHDA apresentado pelas mães, após o PTP (o que pressupõe uma maior compreensão e aceitação do problema) é um dos fatores que pode explicar a mudança na perceção das mães face aos sintomas/problemas decorrentes da PHDA. Tal como advoga Desidério & Myazaki (2007) o comportamento da criança deve ser compreendido à luz de diversos fatores, de onde se destaca o comportamento dos pais face ao problema da criança.

A análise aos dados da variável *stress* parental traz à discussão vários aspetos. Em primeiro, e à semelhança das práticas educativas, os resultados do PSI não são muito expressivos, possivelmente devido ao tamanho do questionário e à curta duração do programa.

No entanto, verifica-se uma melhoria nos níveis de *stress* das mães após a participação no PTP. O PTP vai ao encontro do objetivo estabelecido.

De salientar, que estes valores tendem a ser elevados, comparativamente com a amostra normativa no domínio da criança, nas subescalas de distração/hiperatividade, humor, maleabilidade de adaptação e relacionamento marido/mulher, excepto no domínio dos pais (amostra normativa: $M = 119,96$) e na respetiva subescala de depressão (amostra normativa: $M = 20,25$) que apresenta valores médios abaixo dos valores normativos do PSI (Abidin & Santos, 2014).

Em segundo, os dados elevados no domínio da criança, parecem indicar que as mães tendem a justificar o seu nível de *stress* com base, nos sintomas comportamentais de distração/hiperatividade, nas características temperamentais, na incapacidade da criança se ajustar a alterações no ambiente onde se insere, em vez de assumirem as dificuldades de funcionamento parental (Abidin & Santos, 2014).

Como refere Bargas & Lipp, 2013, as mães parecem ter uma grande dificuldade em aceitar as dificuldades dos seus filhos, pois confundem a incompetência nas tarefas com desobediência, o que potencializa níveis mais altos de *stress* (Faria & Cardoso, 2016).

Em concordância com Barkley (2006), observa-se que as mães manifestam níveis médios de *stress* elevados face à amostra normativa, no Sentido de competência (amostra normativa: $M = 28,06$); Vinculação (amostra normativa: $M = 12,45$); Restrição de papel (amostra normativa: $M = 17,22$), Isolamento social (amostra normativa: $M = 13,45$), Saúde (amostra normativa: $M = 12,16$) e Stress de vida.

Em suma, salienta-se que todos os valores médios de *stress* diminuíram, independentemente do seu significado estatístico, o que sugere que teria sido bastante interessante alongar o tempo de intervenção, a fim de potenciar tais resultados.

Cabe agora discutir os resultados relativos às expectativas e motivação iniciais das mães dado que a expectativa e a motivação dos participantes está intimamente relacionada com a adesão e a eficácia do PTP (Hauth - Charlier & Clément, 2009). Tal como esperado a esta parte, encontra-se um conjunto de mães muito expectantes face à utilidade desta intervenção como ferramenta de melhoria e/ou modificação da conduta dos seus filhos, de aumento dos seus conhecimentos sobre o tema e superação das suas dificuldades parentais.

Quanto à motivação observamos uma clara vontade de mudança e conseqüente

disponibilidade para participar no programa de treino parental, ingredientes indispensáveis e que devem estar presentes numa amostra quando é estabelecida uma intervenção desta natureza, i.e. de longo prazo. (Hauth – Charlier & Clément, 2009).

Para finalizar a nossa discussão, os dados obtidos face ao grau de satisfação das mães são bastante positivos quer ao nível dos aspetos globais do programa; das informações/conteúdos fornecidos ao longo das sessões, quer ao nível das práticas educativas específicas ensinadas e treinadas.

Em suma, dada a evidente satisfação das mães conclui-se que o nosso programa parental corresponde às necessidades das mães do presente estudo, embora as próximas implementações devam ter em linha de conta, uma maior duração do programa/sessões; maior número de dinâmicas de grupo e mais tempo de diálogo entre pais, recomendações efetuadas pelas mães na avaliação final do programa.

Conclusão

Os efeitos alcançados nesta amostra de mães mostra que o programa parental proposto conseguiu produzir mudanças interessantes nas variáveis, anteriormente discutidas, embora devam ser interpretadas com alguma parcimônia devido a algumas limitações metodológicas que consideramos pertinente realçar.

Quanto ao delineamento, o presente estudo tem uma natureza *quasi* experimental constituindo um entrave à extrapolação dos resultados, na medida que estudos de revisão sistemática sobre a eficácia dos PTP, apontam os ensaios clínicos randomizados como a metodologia mais vantajosa evitando enviesamentos na extrapolação dos resultados obtidos (Bochi et al, 2016).

A dimensão da amostra constitui neste estudo outra limitação. Na fase de recrutamento da amostra em contexto comunitário confrontamo-nos com dificuldades de disponibilidade pessoal e profissional dos participantes para aderir a uma intervenção de longo prazo. Recomendamos, por isso que em futuros estudos seja considerada a intervenção em meio clínico/hospitalar porque aumenta a adesão dos participantes e contribui para obtenção de uma amostra mais alargada e heterogénea (Hauth - Charlier & Clément, 2009).

Adicionalmente, a ausência de follow-up impede a verificação da manutenção das mudanças ocorridas nos participantes após a intervenção. Torna-se importante referir que o follow-up fez parte do nosso plano metodológico inicial, mas devido à ausência de disponibilidade dos participantes e carência de recursos não se concretizou. Recomendamos que estudos futuros englobem esta medida de avaliação com vista a obter uma maior consistência nas mudanças alcançadas.

Após a reflexão sobre os resultados alcançados terminamos esta investigação com o sentimento de dever cumprido e com a consciência de que alguns achados não correspondem inteiramente às nossas expectativas e/ou à literatura de referência, em parte devido às limitações já mencionadas.

Apesar disso percebe-se que o programa proposto foi capaz de responder às necessidades do público-alvo, embora careça de pesquisas nacionais constituídas por

amostras representativas das “famílias PHDA” no sentido, de se proceder à validação dos questionários de avaliação de conhecimentos e de práticas educativas, aplicados. Futuras implementações também devem ser regidas por opções metodológicas mais controladas.

Neste sentido, futuramente desafiamos outros clínicos, profissionais da saúde e acadêmicos a replicar este programa, convidamos a figura parental masculina a comprometer-se de forma efetiva com a educação dos seus filhos através da sua adesão a este tipo de intervenções.

Por fim, e porque encontrar disponibilidade e colaboração dos pais, num processo de longo prazo, não foi tarefa fácil fica a expectativa e (talvez) o longínquo sonho de tornar este programa num formato digital, num aplicativo destinado a pais e a psicólogos com vista à promoção de competências parentais e à devolução de informação clínica à distância de um “clique”.

Bibliografia

- Andrade, A., & Júnior, A. (2007). Questões atuais acerca do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Psicologia Argumento*, 25, 73-83. Obtido em <http://www2.pucpr.br/>.
- APA - American Psychological Association (2014). *DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (5ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi.
- AAP – American Academy of Pediatrics (2011). ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Pediatrics*, 128 (5), 1-16. Doi: 10.1542/peds.2011-2654.
- Ballenato, G. (2008). *Educar sem Gritar*. Lisboa: Esfera dos Livros.
- Bargas, J., Lipp, M. (2013). Estresse e estilo parental materno no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 17 (2), 205-213. Obtido em <http://www.scielo.br>.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook of Diagnosis and Treatment (3ª Ed.)*, New York: Guilford Press.
- Barletta, J. (2011). Avaliação e intervenção psicoterapêutica nos transtornos disruptivos: algumas reflexões. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7, 2, 25-31. Obtido em pepsic.bvsalud.org.
- Bolsoni-Silva, A., Villas-Boas, A., Romera, V., Silveira, F. (2010). Caracterização de programas de intervenção em crianças e adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 62 (1) 104-118. Obtido em <http://www.psicologia.ufrj.br>.

- Bolsoni-Silva, Silveira & Marturano. (2008). Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. X (2), 125-142. Obtido em: <http://pepsic.bvsalud.org>.
- Bolsoni-Silva, A., Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. V (2) 91-103. Obtido em <http://pepsic.bvsalud.org>.
- Bochi, A Friedrich, D., Pacheco, J. (2016). Revisão sistemática de estudos sobre programas de treinamento Pparental. *Periódicos Electrónicos em Psicologia – PePSic*. 24 (2), 549-563. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-09>.
- Carlos, R. (2013). *Dissertação de Mestrado em Educação Especial: Percepção de stress parental em famílias de crianças com PHDA antes e após indução de medicação psicoestimulante*. Universidade do Minho. Acedido a 19,10,2016, em <http://hdl.handle.net>.
- Costa, P., Heleno, S. Pinhal, C. (2010). *Juntos no Desafio – Guia para a Promoção de Competências Parentais para Pais de Crianças com PHDA e Perturbações do Comportamento*. Leiria. Editora Textiverso.
- Caballo, E. V. & Simón, A. M. (2005). *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente*. São Paulo. Livraria Santos Editora.
- Caleiro, F., & Silva, R. (2012). Técnicas de modificação do comportamento de crianças com treinamento de pais – uma revisão da literatura. *Revista de Psicologia*, 15 (23), 129-142. Obtido em: <http://www.pgsskroton.com.br>.
- Coelho, M., Murta, S. (2007) Treinamento de pais em grupo: um relato de experiência. *Estudos de Psicologia*, 24 (3), 333-341. Obtido em: <http://www.scielo.br/>
- Faria, M.A. & Cardoso, L. C. (2006) Estresse em cuidadores de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Psico*. 47 (3), 228-337. Doi: 10.15448/1980-8623.2016.3.21479.

- Desidério, R. & Miyazaki, O. (200) Estresse em cuidadores de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Psicologia Escolar e Educacional*. 11 (1), 165-174. Doi: 10.1590/S1413-85572007000100018.
- Emídio, L., Ribeiro, M., & Farias, A. (2009). Terapia infantil e treino de pais em um caso de agressividade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. XI (2), 366-385. Obtido em: <http://comportamentalismo.com.br>.
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). *Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Port)*. Obtido em www.sdqinfo.org.
- Gonçalves, H., Mohr, R., Moraes, A., Siqueira, L., Prando, M., Fonseca, R. (2013). Componentes atencionais e de funções executivas em meninos com TDAH: dados de uma bateria neuropsicológica flexível. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 62 (1), 13-21. Doi: 10.1590/S0047-20852013000100003.
- Hauth-Charlier, S. & Clément, C. (2009). Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfants avec un TDA/H: considerations pratiques et implications cliniques. *Elsivier Masson - Pratiques Psychologiques*. 1-16. Doi: 1031016/j.prps.2009.01.001.
- Lobo, B. Flach, K., Andretta, I. (2011). Treinamento de pais na terapia cognitivo-comportamental para crianças com transtornos externalizantes. *Pepsic - Psicologia em Pesquisa*. 5 (2), 1-6. Obtido em: <http://pepsic.bvsalud.org>.
- Machado, J. (2012). *Dissertação de mestrado em psicologia da educação, desenvolvimento e aconselhamento - FPCEUC : O stress parental e o temperamento de crianças com PHDA*. Acedido a 08,03,2017, em <http://hdl.handle.net>.
- Moreno, I. (2006). *Jornadas educativas sobre el transtorno por déficit de atención con hiperactividad "Intervención en problemas de conducta en el alumnado com TDA"*. Acedido em 22, 05, 2016, em www.cepalcala.org/upload/recursos.

- Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M., Serrano, A. (2015). PHDA: O que há de novo no DSM-5? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 49-2, 75-94. Doi: 10.14195/1647-8614_49-2_4.
- Pinheiro, M., Haase, V., Del Prette, Z., Amarante, C., Del Prette, Z. (2006). Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 19 (3), 407-414. Obtido em <http://www.scielo.br>.
- Pires, P., Silva, C., Assis, S. (2012) Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Saúde Pública*, 46 (4), 624-632. Obtido em: <http://www.scielo.br>.
- Reedtz, C. & Klest, S. (2016). Improved parenting maintained for years following a brief parent training intervention in a non-clinical Sample. *BMC Psychology*. 4 (43), 2-14. Doi 10.1186/s40359-016-0150-3.
- Rocha, M., Del Prette, Z., & Del Prette, A., (2013). Avaliação de um programa de habilidades sociais educativas para mães de crianças com THDA. *Acta Comportamentalista*, 21 (3), 359-335. Obtido em: <http://pepsic.bvsalud.org>.
- Ródenas, F., Garcés, J., Durá, E. & Doñate-Martinez, A. (2014). Education and training for parents today, discipline and wellbeing for children tomorrow. *Elsevier Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 116, 2248-2251. Doi: 2014.01.553.
- Rohde, L., Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 61-70. Doi: 10.1590/S0021-75572004000300009.
- Abidin, R. & Santos, S. (2014). *PSI - Índice de Stress Parental, adaptação Portuguesa*. (Santos, S. Adap.) (2ª Ed). Lisboa. CEGOG-TEA.

- Sena, S., & Souza, L. (2008). Desafios teóricos e metodológicos na pesquisa psicológica sobre PHDA. *Temas em Psicologia*, 16, 2, 243-259. Obtido em: <http://pepsic.bvsalud.org/>.
- Silva, R., Corujeira, S. Melo, A., Almeida, P., Viana, V., Guardiano, M. (2015). Avaliação do stress parental em mães de crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção. *Acta Paediatrica Portuguesa*, 46, 299-304. Obtido em <https://sigarra.up.pt>.
- Teixeira, V. T. MC., Marino, F. RL., Carreiro, R. RL. (2015). Associations between inadequate parenting practices and behavioral problems in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *The Scientific World Journal*, Hindawi Publishing Corporation. Doi: 10.1155/2015/683062
- Villalobos, López, J., Pintado, I, Mateos, Sánchez, D.J., Sanz, R.F, Azón, S. & Martin, M. A., (2007) Transtorno por déficit de atención/hiperactividad: perfil intelectual y factor de independencia a la distracción. *Revista de Neurologia*. 44, 589-595. Obtido em <https://www.neurologia.com>.