



Empirical Articles

Promoção de Parentalidade Positiva nos Cuidados de Saúde Primários: Formação de Profissionais

Promotion of Positive Parenting in Primary Health Care Settings: Training of Professionals

Maria João Seabra-Santos^{*ab}, Andreia Fernandes Azevedo^b, Tatiana Carvalho Homem^b, Daniela Sofia Sousa^a, Elsa Baptista^a, Mariana Pimentel^a, Sofia de Oliveira Major^{cd}, Maria Filomena Gaspar^{ac}

[a] Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC), Portugal. [b] Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da FPCEUC, Portugal. [c] Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra, Portugal. [d] Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade dos Açores (FCSH-UAC), Ponta Delgada, Portugal.

Resumo

Objetivo: Compreender o impacto de uma formação breve centrada em estratégias de parentalidade positiva e gestão do comportamento de crianças em idade pré-escolar no aconselhamento realizado por profissionais dos cuidados de saúde primários (CSP).

Método: Participaram 152 profissionais (e.g., enfermeiros, médicos, psicólogos) de unidades dos CSP do distrito de Coimbra, numa ação de formação com duração de nove horas. O nível de satisfação com a formação, as estratégias recomendadas aos pais antes e três meses após a formação e a necessidade de formação percebida foram avaliados através de três Inventários de Autorreflexão e de um Ficha de Avaliação de Satisfação.

Resultados: Observaram-se níveis elevados de adesão à formação e de satisfação com os respetivos conteúdos e estratégias de ensino/aprendizagem. Os profissionais reportaram ter passado a aconselhar com mais frequência aos pais as estratégias de parentalidade positiva abordadas na formação e referiram a necessidade de formação adicional.

Conclusão: Ações de formação junto de profissionais dos CSP poderão contribuir para preencher uma importante lacuna ao nível da literacia em saúde mental, capacitando estes profissionais de primeira linha para darem uma resposta de maior qualidade e baseada em evidência a questões colocadas pelos pais relativas à gestão do comportamento dos seus filhos.

Palavras-Chave: parentalidade positiva, cuidados de saúde primários, idade pré-escolar, formação de profissionais

Abstract

Aim: To understand the impact of a brief training focused on positive parenting strategies and behavior management of pre-school children.

Method: 152 professionals (e.g., nurses, doctors, psychologists) from primary health care units (PHCU) in the district of Coimbra have participated in a nine-hour training course. The level of satisfaction with the training, the strategies recommended to parents before and three months after the training and the perceived need for additional training were assessed through three Self-Reflection Inventories and a Satisfaction Assessment Sheet.

Results: There were high levels of adherence to training and satisfaction with its content and teaching/learning strategies. After the training, professionals reported having more frequently recommended positive parenting strategies to parents and mentioned the urge of additional training.

Conclusion: Training professionals from PHCU could contribute to filling an important gap in mental health literacy, enabling these first-line professionals to provide a higher quality and evidence-based response to questions raised by parents regarding the management of their children's behavior.

Keywords: positive parenting, primary health care settings, preschoolers, training of professionals

Psychology, Community & Health, 2019, Vol. 8(1), 45–59, <https://doi.org/10.5964/pch.v8i1.257>

Received: 2017-10-13. Accepted: 2018-07-21. Published (VoR): 2019-06-11.

Handling Editor: Sofia von Humboldt, William James Center for Research (WJCR), ISPA – Instituto Universitário, Lisbon, Portugal

*Corresponding author at: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo, 3000-115 Coimbra, Portugal. E-mail: seabramj@fpce.uc.pt



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

A idade pré-escolar corresponde, por excelência, a um período marcado pelo franco desenvolvimento das competências socioemocionais e cognitivas da criança e pela sua procura de autonomia em relação ao adulto. Nesta exploração dos limites, a criança pode colocar desafios particulares aos pais ou outros cuidadores, confrontando-os com situações que são novas, sobretudo se se tratar de um primeiro filho, para as quais podem ter dificuldade em encontrar respostas efetivas. Alguns destes comportamentos são expectáveis em função da etapa do desenvolvimento, como é o caso das birras esporádicas. Outros, porém, pela sua intensidade ou frequência, poderão representar os primeiros indícios de perturbações de comportamento mais graves, assumindo proporções de problemas a necessitar de intervenção (Patterson, 2002; Scott, Spender, Doolan, Jacobs, & Aspland, 2001; Webster-Stratton & Taylor, 2001).

Seja qual for a gravidade da situação, os profissionais dos cuidados de saúde primários (CSP; e.g., médicos, enfermeiros) são, com frequência, os primeiros a quem os pais recorrem, não só quanto a questões gerais relacionadas com o desenvolvimento socioemocional dos seus filhos, mas também para colocar dúvidas quanto a dificuldades mais específicas que enfrentam no exercício da parentalidade (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Foy, 2010a; Reid et al., 2013; Reijneveld, Gea, Wiefferink, & Crone, 2008). Os pais tendem a confiar nas opiniões e recomendações dos profissionais dos CSP, acabando estes por ser interlocutores acessíveis, junto dos quais a família e a criança se sentem mais confortáveis para procurar ajuda para problemas de comportamento (Foy & Perrin, 2010; Lavigne et al., 2008). Deste modo, dado o contacto frequente e continuado com as famílias e, sobretudo, com as suas crianças mais novas, estes profissionais encontram-se numa posição privilegiada quanto à possibilidade de apoiar as famílias na gestão do comportamento das crianças e, assim, prevenir o início e curso de problemas de comportamento (Sousa, 2016).

Diversos estudos (Lavigne et al., 2008; Perrin, Sheldrick, McMenemy, Henson, & Carter, 2014; Reid et al., 2013; Turner & Sanders, 2006) apontam neste sentido, ao comprovarem a eficácia de programas estruturados de educação parental na gestão do comportamento da criança, quando implementados por profissionais de saúde em contextos de cuidados de saúde primários. Tal é o caso de programas como o *Parenting Matters* (Reid, 2007), o *Triple P: Positive Parenting Program* (Sanders, 2008) e o programa básico para pais da série *Anos Incríveis* (Webster-Stratton, 2001). Estes programas, direcionados para os pais, têm como destinatários finais as crianças, no sentido em que o enfoque é colocado nos princípios da parentalidade positiva e em estratégias de disciplina não-violentas, com o intuito de desenvolver relações positivas entre pais e crianças (Sousa, 2016). Em geral, visam a promoção de competências da criança (e.g., capacidades sociais, autorregulação e resolução de problemas) e dos pais, no sentido da sua capacitação (e.g., compreensão do comportamento no contexto do desenvolvimento normal, estratégias para a sua própria autorregulação) (Bauer &

Webster-Stratton, 2006; Bower, Garralda, Kramer, Harrington, & Sibbald, 2001). Exemplos de conteúdos específicos abordados são o brincar centrado na criança, elogiar e incentivar comportamentos positivos, resolução de problemas, estabelecimento de rotinas previsíveis e de limites claros, ou como lidar com comportamentos negativos sem desrespeitar a criança (Webster-Stratton, 2001).

Os CSP constituem, pois, uma janela de oportunidade para a prevenção, identificação e intervenção precoces em problemas de saúde mental (e.g., Perturbação de Hiperatividade / Défice de Atenção, Perturbação de Desafio / Oposição), cujos primeiros sinais surgem, habitualmente, em casa (Lavigne et al., 2008; McMenamy, Sheldrick, & Perrin, 2011; Turner & Sanders, 2006). É neste contexto que o Plano Nacional de Saúde revisto e estendido a 2020 (DGS, 2016) e o Programa Nacional para a Saúde Mental nas suas orientações programáticas 2017-2020 (Direção Geral de Saúde, DGS, 2017), salientam a importância da continuidade de cuidados entre os vários níveis e destacam a relevância dos cuidados primários e das intervenções na comunidade para a promoção do bem-estar e da saúde mental. Anteriormente, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008), com base num documento da Rede Europeia para a Promoção da Saúde Mental e a Prevenção das Perturbações Mentais publicado pela União Europeia (UE) em 2006, sublinhou a necessidade de implementação de programas de prevenção validados internacionalmente, focados em áreas e grupos de risco, com uma ênfase particular nos programas para a primeira infância (e.g., intervenção precoce, formação parental). Mais recentemente, nas suas orientações programáticas 2017-2020, o Ministério da Saúde reforça estas diretrizes, designadamente no que toca ao fortalecimento do conhecimento baseado na evidência científica e partilha de boas práticas na saúde mental (DGS, 2017).

Reconhece-se, deste modo, o papel fulcral dos pais e da família na gestão do comportamento da criança, assim como dos profissionais dos CSP no apoio à parentalidade (Sousa, 2016). Mas sentir-se-ão estes profissionais capacitados para fornecer este tipo de apoio? Esta questão é central na medida em que, para que os CSP possam dar uma resposta de primeira linha de qualidade em termos de cuidados de saúde mental, em particular através da promoção da parentalidade positiva, há que capacitar os profissionais no sentido de poderem fornecer apoio e ferramentas adaptadas a cada família, transformando-os em agentes efetivos de prevenção de trajetórias desenvolvimentais negativas e de promoção de estratégias educativas parentais eficazes, capazes de gerar mudanças efetivas nas comunidades (Foy, 2010a; Guyer, 1999; Turner & Sanders, 2006). Porém, vários estudos têm salientado a preocupação e o desconforto sentidos por estes profissionais no que diz respeito aos seus conhecimentos e capacidades, que consideram limitados, para diagnosticar e gerir os cuidados de saúde mental em crianças e jovens (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Foy, 2010b; Foy & Perrin, 2010; Kelleher & Stevens, 2009), bem como a necessidade sentida de formação adicional (Hewitt, Hobday, & Crawford, 1989; Kolko, Campo, Kelleher, & Cheng, 2010; Lavigne, 2013; McMenamy et al., 2011). É neste contexto que o Plano Nacional de Saúde Mental (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008), acima referido, aponta os CSP como um dos setores a necessitar de mais ações de sensibilização e formação relativamente às questões da prevenção e promoção da saúde mental.

O presente estudo tem como principal objetivo compreender o impacto de uma formação breve centrada na parentalidade positiva e gestão eficaz do comportamento de crianças em idade pré-escolar, ao nível do aconselhamento às famílias por parte dos profissionais de saúde dos CSP que frequentaram a formação. Pretende-se, igualmente, estudar o grau de adesão e de satisfação com esta ação, bem como a perceção de necessidade de formação adicional. Este artigo representa uma versão revista e mais elaborada do texto e análises que compõem a tese de Mestrado Integrado apresentada pela quarta autora à Faculdade de Psicologia e de

Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (*preprint version*; Sousa, 2016), incorporando, nomeadamente, as sugestões do painel que avaliou a referida tese.

Método

Participantes

Participaram na formação 152 profissionais de 11 unidades de saúde do distrito de Coimbra, de um total de 167 profissionais inicialmente inscritos (número médio de formandos por sessão = 15). As unidades de saúde às quais pertenciam estes profissionais foram contactadas em função da área geográfica abrangida pelo estudo, que correspondia ao distrito de Coimbra e, dentro deste, à área de intervenção da Associação Nacional de Intervenção Precoce, que contemplava os ACES do Pinhal Interior Norte e do Baixo Mondego. Em termos de urbanidade, tendo em conta a tipologia definida pelo Instituto Nacional de Estatística, 64% destas unidades estavam inseridas em áreas predominantemente urbanas, enquanto 36% se localizavam em áreas mediamente urbanas (para uma descrição mais exaustiva da amostra, cf. Sousa, 2016).

Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram: 1) desempenhar funções enquanto profissional de saúde nos CSP; e 2) demonstrar interesse em receber a formação. A amostra foi recolhida nas 11 unidades de saúde que aceitaram participar (das 13 unidades contactadas) tendo, ainda, sido aceites oito participantes autopropostos de quatro unidades de saúde não enquadradas na área acima definida.

No que respeita aos grupos profissionais dos participantes, a maioria eram enfermeiros (54%), tendo também estado presentes, em menor percentagem, médicos (34%), assistentes sociais (6%), psicólogos (4%) e outros profissionais (nutricionista, higienista oral, fisioterapeuta). Do conjunto dos participantes, 127 (84%) eram do sexo feminino e tinham uma média de idades de aproximadamente 44 anos ($M = 43.97$; $DP = 8.62$; mínimo = 27; máximo = 63; $n = 115$, havendo 37 dados omissos). O inventário de autorreflexão usado três meses após o final da formação foi preenchido por 117 dos 152 participantes, o que corresponde a uma percentagem de retorno de 77%. Esta taxa de retorno foi superior nos enfermeiros (87%), em comparação com as restantes categorias profissionais, $\chi^2(2, 152) = 10.69, p < .01$.

Instrumentos

No início de cada uma das duas sessões da formação os participantes preencheram *Inventários de Autorreflexão* concebidos especificamente para este projeto e um diferente para cada sessão, em função dos conteúdos trabalhados nestas. Estes inventários, de carácter exploratório, estavam alinhados com os objetivos do estudo. A primeira parte incidia sobre estratégias de parentalidade positiva (e.g., “Usar elogios específicos”, “Importância das rotinas”), questionando a frequência com que os profissionais de saúde recomendavam às famílias cada uma das estratégias elencadas. Deste modo, o primeiro inventário avaliava a utilização de oito estratégias de promoção de comportamentos positivos, enquanto o segundo avaliava a utilização de seis estratégias de redução de comportamentos negativos, estratégias estas contempladas no programa de educação parental Anos Incríveis Básico para Pais (Webster-Stratton, 2001), que serviu de referência para a formação. As questões foram respondidas com recurso a uma escala de likert de 5 pontos (desde “Nunca ou quase nunca”, a que se fez corresponder a pontuação 0, a “Sempre ou quase sempre”, cotado com 4 pontos).

Três meses após o final da formação foi aplicado o terceiro *Inventário de Autorreflexão* constituído por duas partes. A primeira secção do Inventário englobava todos os itens dos dois inventários anteriores correspondentes às 14 estratégias de parentalidade aconselhadas (oito na primeira sessão e seis na segunda) e recorrendo à mesma escala de resposta. A segunda parte avaliava as percepções dos profissionais de saúde quanto à necessidade de formação adicional nesta área, através de uma escala de 4 pontos (desde “*Nenhuma*”, a que se fez corresponder a pontuação de 0, a “*Muita*”, resposta cotada com 4 pontos) e o impacto da formação, nomeadamente ao nível da atuação junto da rede informal. Concretamente, perguntava-se se “utilizou algumas das estratégias com crianças da sua família e/ou falou sobre elas com familiares, amigos ou vizinhos” (*Sim/Não*) e, em caso afirmativo, pedia-se a ordenação das várias estratégias desde a que mais utilizou (6) à que menos utilizou (1). Assim pretendia-se explorar se, do mesmo modo que os pais percebem os princípios da parentalidade positiva como úteis na resolução de problemas pessoais, conjugais e familiares (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Kolko et al., 2010; McMenamy et al., 2011; Perrin et al., 2014), também os profissionais de saúde transportam os conhecimentos adquiridos durante a formação para as suas vivências pessoais.

Para avaliar a satisfação com a formação cada participante preencheu, no final de cada sessão, uma *Ficha de Avaliação da Satisfação* (Webster-Stratton, 2001) na qual se pedia que registassem o grau de utilidade reconhecido a cada um dos seguintes componentes: 1) conteúdos da formação; 2) exemplos e vídeos; 3) tarefas propostas e questões colocadas ao longo da sessão; 4) dinamização; e 5) participação em discussões de grupo. Cada um destes cinco componentes era avaliado numa escala de resposta de 4 pontos (desde “*De nenhuma ajuda*”, codificado com 0, até “*De grande ajuda*”, codificado com 3). A ficha continha, ainda, um espaço para observações e/ou comentários dos participantes.

Procedimento

Procedimento de Recolha de Dados

Esta investigação enquadra-se num projeto mais vasto (“Anos Incríveis para a Promoção da Saúde Mental”). Os participantes foram recrutados em unidades de saúde do distrito de Coimbra, seguindo um procedimento de amostragem por conveniência (para uma descrição mais detalhada do procedimento de recolha de dados, cf. Sousa, 2016).

A ação de formação foi repetida em cada uma das 11 unidades de saúde que aceitaram participar (duas das unidades contactadas declinaram o convite). No início de cada sessão e três meses após a formação os participantes preencheram inventários de autorreflexão sobre o aconselhamento aos pais de estratégias de parentalidade positiva. Aos participantes foi explicado que o preenchimento destes inventários era facultativo e que as respostas (não-anónimas para permitir de uma forma mais eficaz o emparelhamento pré-pós formação) seriam mantidas estritamente dentro dos limites da equipa. No final de cada sessão de formação completaram uma ficha de avaliação da satisfação relativa a essa sessão.

Face aos objetivos do projeto mais alargado no qual o presente estudo se insere, após esta ação de sensibilização alguns dos profissionais (um a dois em cada unidade de saúde) foram convidados a participar numa formação mais alargada que os capacitaria a dinamizar grupos de pais com o programa Anos Incríveis (Webster-Stratton, 2001). Por outro lado, todos eles foram sensibilizados para a possibilidade de recrutarem pais para participar nos referidos grupos, que poderiam vir a ser implementados nas mesmas unidades de

saúde. Os resultados preliminares dessa fase do projeto estão descritos numa outra publicação (Baptista et al., 2016).

Programa de Formação

A formação teve a duração de nove horas, distribuídas por duas sessões de quatro horas e meia cada, com um espaçamento entre si de uma a duas semanas. Os formadores possuíam mestrado ou doutoramento na área da psicologia (clínica ou da educação), sendo todos eles membros da Ordem dos Psicólogos Portugueses e dinamizadores de um programa específico (Anos Incríveis Básico para Pais) de prevenção/intervenção com pais.

Na primeira sessão os participantes eram sensibilizados para a importância do despiste precoce de problemas de comportamento. Os restantes conteúdos (cf. Tabela 1) eram baseados no programa empiricamente validado Anos Incríveis Básico para Pais, de Carolyn Webster-Stratton (2001), visando estratégias de parentalidade positiva orientadas para a promoção de relações pais-filhos mais positivas e para uma gestão eficaz do comportamento da criança (para uma meta-análise dos estudos de eficácia deste programa, cf. Menting, de Castro, & Matthys, 2013). Assim, a primeira sessão focava-se em estratégias que têm como objetivo fortalecer o vínculo entre pais e filhos e promover comportamentos positivos nas crianças (e.g., brincar, elogiar, dar incentivos e recompensas). Na segunda sessão eram trabalhadas estratégias que visam a diminuição de comportamentos negativos (e.g., dar ordens de modo eficaz, ignorar e aplicar consequências).

Tabela 1

Conteúdos trabalhados nas sessões de formação

Sessão 1	Sessão 2
Como ajudar os pais a aumentar os comportamentos positivos das crianças?	Como ajudar os pais a diminuir os comportamentos negativos das crianças?
Problemas de comportamento: O que são e como identificá-los precocemente?	Regras, rotinas e ordens eficazes
Estratégias para fortalecimento do vínculo pais-filhos: Brincar	Autocontrolo e autorregulação parentais
Comentários descritivos	Ignorar
Elogio/reconhecimento, incentivos e programas de recompensas	Aplicar consequências

À semelhança do programa Anos Incríveis, a formação recorreu a uma abordagem colaborativa, utilizando metodologias ativas como o *role-play* e a visualização de vídeos sobre interações reais entre pais e crianças, com o intuito de promover a autorreflexão, discussão e resolução de problemas em grupo (Seabra-Santos et al., 2016). Ao longo das duas sessões os participantes foram envolvidos e a sua colaboração ativa solicitada através de exemplos práticos de situações reais. No final da formação foi entregue a cada participante presente nas duas sessões um livro do programa Anos Incríveis (Webster-Stratton, 2013) e um certificado de participação.

Procedimento de análise estatística

As análises estatísticas dos dados foram realizadas recorrendo ao programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Statistics 22)* e o gráfico foi desenhado a partir do programa *Excel 2013*. Para a análise dos dados foram usados procedimentos de estatística descritiva e inferencial (para efetuar a análise de variáveis ordinais). No que diz respeito aos primeiros foram calculadas médias e de desvios-padrão com o objeti-

vo de caracterizar a amostra bem como os níveis de satisfação com a formação, e frequências com o intuito de explorar variáveis ordinais (e.g., utilização de estratégias junto da rede informal). Quanto às estatísticas inferenciais recorreu-se ao teste não-paramétrico de *Wilcoxon* para efetuar comparações entre o mesmo grupo de sujeitos em dois momentos distintos. Em particular, utilizou-se este teste para comparar a satisfação dos técnicos com a formação entre a primeira e a segunda sessão (teste bicaudal), assim como para comparar a frequência do aconselhamento de estratégias de parentalidade pelos profissionais entre as fases pré e pós formação (teste unilateral). A magnitude do efeito foi estimada através da correlação produto-momento ($r = \frac{z}{\sqrt{N}}$) (Field, 2013). O teste qui-quadrado foi usado para comparar taxas de retorno dos inventários na avaliação pós-formação em função dos grupos profissionais. Foi definido a priori um nível de significância de .05.

Resultados

Assiduidade e Satisfação

Dos 152 participantes na formação, 139 (91%) participaram em ambas as sessões, 11 participaram apenas na 1ª sessão e dois participaram apenas na 2ª sessão, o que representou um valor absoluto de decréscimo de nove participantes (6%). O grau de satisfação reportado atingiu níveis elevados nos vários indicadores avaliados, todos eles com valores médios acima de 2.70 num máximo possível de 3 pontos (Tabela 2). O parâmetro relativo à dinamização das sessões destacou-se como o mais bem avaliado na respetiva sessão ($M = 2.88$ e $M = 2.92$, na primeira e na segunda sessões, respetivamente). A diferença entre as duas sessões quanto ao grau de satisfação com a “participação em discussões de grupo” foi estatisticamente significativa, sendo o valor superior na segunda sessão, $z = -2.40$, $p(\text{bicaudal}) < .05$, $n = 131$. Não se verificaram diferenças significativas entre as duas sessões no que diz respeito a nenhum dos restantes parâmetros de satisfação avaliados.

Tabela 2

Níveis/valores médios de satisfação com as componentes da formação

Componentes da formação	Sessão 1 <i>M (DP)</i>	Sessão 2 <i>M (DP)</i>
Conteúdos	2.85 (0.35)	2.89 (0.31)
Exemplos e vídeos	2.83 (0.38)	2.82 (0.40)
Tarefas e questões	2.81 (0.41)	2.83 (0.38)
Dinamização	2.88 (0.32)	2.92 (0.27)
Participação discussão no grupo	2.73 (0.44)	2.85 (0.36)

O modo como os participantes utilizaram os conhecimentos adquiridos na formação junto da sua rede informal (questão presente no inventário preenchido três meses após a formação) pode, igualmente, ser lido enquanto indicador de satisfação. Assim, verificou-se que, dos profissionais que responderam a esta questão ($n = 115$), 88% deram uma resposta positiva, isto é, no sentido de terem utilizado e/ou falado sobre as estratégias abordadas nas sessões com os seus familiares, amigos, vizinhos ou outras pessoas. Neste contexto, foram referidas como tendo sido mais utilizadas ou partilhadas as estratégias de “Brincar”, com 75% das respostas entre os valores 2 e 6 e “Elogiar”, com 75% das respostas entre 3 e 6 (em ambos os casos o valor da mediana foi igual a 5).

Indicadores de Mudança após a Formação no Aconselhamento às Famílias

A comparação da avaliação efetuada antes da formação, com a que foi realizada três meses após o seu final, através dos inventários de autorreflexão, permitiu observar mudanças quanto à frequência com que os técnicos aconselhavam aos pais a utilização de estratégias contempladas pelas sessões de formação. A Tabela 3 representa as médias das pontuações obtidas antes e após a formação, permitindo observar um aumento quase sistemático entre os dois momentos.

Tabela 3

Análise das diferenças entre as médias das estratégias usadas antes e depois da formação

Estratégias	Pré-formação <i>M (DP)</i>	Pós-formação <i>M (DP)</i>	<i>z</i> Wilcoxon	<i>p</i> (unicaudal)
Reconhecer capacidades	3.11 (0.88)	3.12 (0.81)	-0.32	.375
Ajustar atividades	2.73 (1.03)	2.88 (0.90)	-1.51	.066
Construir relações positivas	3.25 (0.88)	3.23 (0.85)	-0.10	.460
Importância atenção	3.15 (0.92)	3.35 (0.81)	-1.97	.025*
Usar elogios específicos	3.03 (0.96)	3.17 (0.92)	-1.26	.104
Evitar elogiar somente perfeição	2.58 (1.11)	2.83 (1.07)	-2.00	.023*
Programas recompensas	2.15 (1.19)	2.36 (1.02)	-1.67	.048*
Importância rotinas	3.30 (0.76)	3.30 (0.79)	-0.09	.464
Regras claras e previsíveis	2.83 (0.99)	3.19 (0.92)	-3.53	.000**
Ordens eficazes	2.58 (1.03)	3.01 (0.92)	-3.85	.000**
Avisos prévios	2.52 (0.99)	2.63 (0.98)	-1.01	.156
Importância consistência	3.05 (0.83)	3.13 (0.90)	-0.82	.206
Ignorar comportamentos negativos	2.54 (1.00)	2.85 (0.88)	-2.72	.004**
Aplicar consequências	2.55 (0.98)	2.68 (0.95)	-1.15	.125

* $p < .05$ ** $p < .01$

Numa análise mais aprofundada foram registadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação para seis das 14 estratégias abordadas na formação, sendo três de promoção de comportamentos positivos e três de redução de comportamentos negativos. Concretamente, de entre as estratégias utilizadas para aumentar o comportamento positivo, o item “Compreender a importância da atenção por parte dos adultos para promover comportamentos positivos nas crianças” foi assinalado pelos profissionais como sendo significativamente mais usado no apoio e aconselhamento às famílias três meses após a formação, quando comparado com a avaliação efetuada antes da formação, $z = -1.97$, $p(\text{unicaudal}) < .05$, $n = 115$. Também o comportamento “Evitar elogiar apenas a perfeição” foi significativamente mais aconselhado decorridos três meses após a formação, $z = -2.00$, $p(\text{unicaudal}) < .05$, $n = 113$. Nesta análise surge, ainda, a estratégia “Estabelecer programas de recompensas adequados” como sendo mais recomendada após a formação do que o era antes, $z = -1.67$, $p(\text{unicaudal}) < .05$, $n = 114$.

Quanto às estratégias utilizadas para diminuir o comportamento negativo verificou-se que foram assinaladas como significativamente mais recomendadas na avaliação realizada três meses após a formação, comparativamente ao que havia sido registado antes da formação, as estratégias “Definir regras claras e previsíveis para as crianças”, $z = -3.53$, $p(\text{unicaudal}) < .001$, $n = 111$, “Transmitir ordens mais eficazes, evitando que sejam vagas e negativas”, $z = 3.85$, $p(\text{unicaudal}) < .001$, $n = 111$, e “Ignorar alguns comportamentos negativos”, $z = 2.72$, $p(\text{unicaudal}) < .01$, $n = 111$. É de realçar que para estas últimas estratégias foram verificados efeitos de

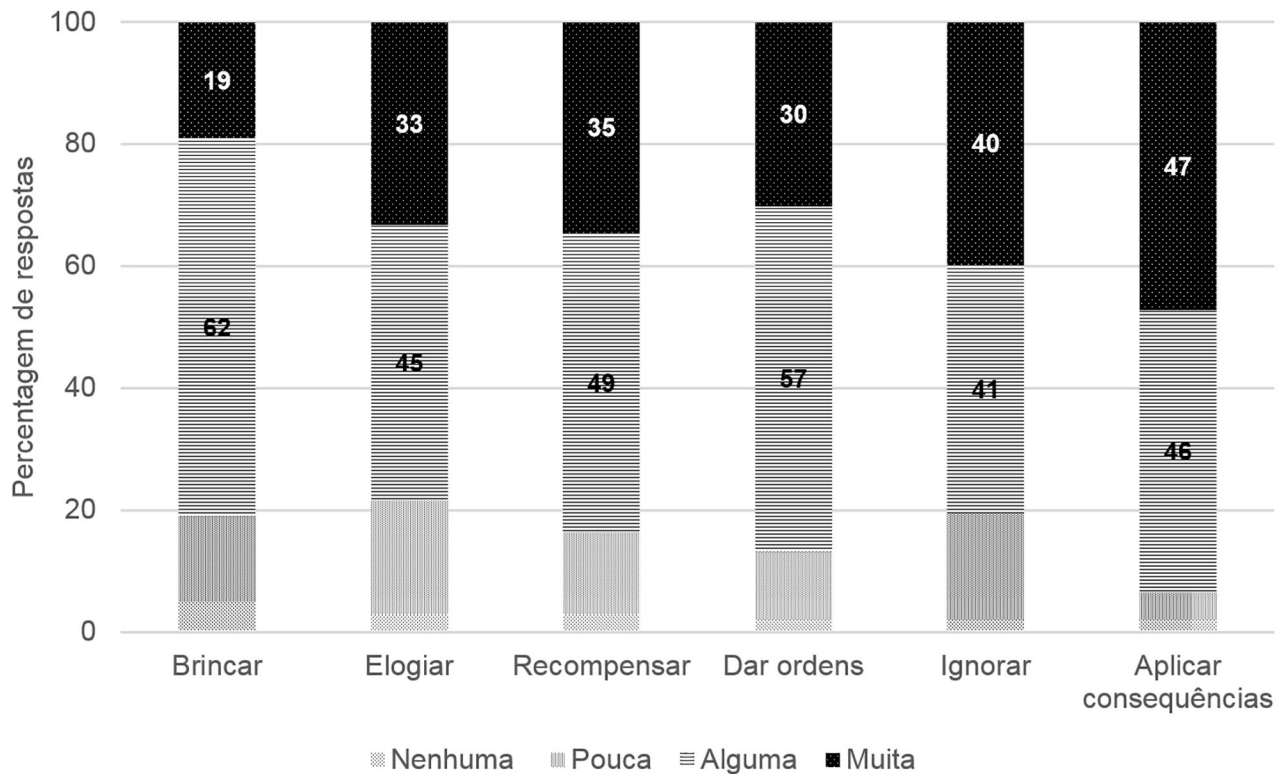


Figura 1. Necessidade de formação adicional reportada pelos participantes

magnitude superior (r com valores entre .18 e .26) aos registados quanto às estratégias para promoção de comportamentos positivos nas crianças (r com valores entre .11 e .13).

Necessidade de Formação Adicional

Quando questionados, três meses após a realização das sessões de sensibilização, sobre o grau de formação que ainda desejariam obter no futuro em relação aos conteúdos abordados, os profissionais participantes deram com mais frequência a resposta “alguma”, seguida de “muita”. Na Figura 1, destaca-se que as necessidades de formação sentidas com mais intensidade se centraram em estratégias utilizadas para a diminuição de comportamentos negativos da criança (“ignorar comportamentos negativos” e “aplicar consequências lógicas, breves e imediatas para comportamentos negativos”, com 40 e 47% dos participantes, respetivamente, a assinalarem “muita” necessidade de formação adicional).

Discussão

Este estudo teve como objetivo central averiguar o impacto de uma ação breve de sensibilização acerca de estratégias de parentalidade positiva, baseadas num programa empiricamente validado (Menting et al., 2013), nomeadamente através do grau de satisfação dos formandos e da vontade de mudança nas suas práticas de apoio e aconselhamento às famílias. Pretendeu-se, também, avaliar a perceção de necessidade de formação adicional por parte dos participantes (Sousa, 2016).

Os três indicadores de satisfação analisados – assiduidade, utilidade dos conteúdos e das estratégias de ensino/aprendizagem da formação, e aplicação dos conteúdos treinados junto da rede informal – são reveladores da receptividade dos profissionais a este tipo de ação e da adequação da resposta formativa. Os testemunhos recolhidos indicam, por exemplo, que “É sem dúvida um projeto muito importante para implementar no centro de saúde, de forma a poder ajudar os pais/famílias a lidar com o dia-a-dia para melhorar o seu papel de pais e a sua relação pais-filhos”.

Mais especificamente, os participantes aderiram à formação, apesar do elevado número de tarefas com que se confrontam no seu quotidiano profissional, tendo a larga maioria dos que foram à primeira sessão estado presentes também na segunda (Sousa, 2016). Esta adesão poderá estar, em parte, relacionada com os conteúdos da formação, que estão de acordo com as novas questões com que os profissionais de saúde são confrontados pelos pais, nomeadamente quanto à gestão dos mais diversos problemas comportamentais das crianças (Neto, 2017), e para as quais a sua formação de base não os preparou (e.g., “Foi muito bom e vai ser preciosa esta ajuda na minha prática clínica”).

As estratégias de ensino/aprendizagem usadas na formação foram também avaliadas como sendo estimulantes, com destaque para a dinamização das sessões, que se revelou um elemento chave, contribuindo para a motivação e envolvimento dos participantes (e.g., “Gostei particularmente da possibilidade de partilharmos no grupo várias experiências e acho que essa dinâmica valoriza ainda mais este projeto”). O facto de as formadoras possuírem formação específica e certificada num programa de educação parental e ampla experiência na dinamização de grupos permitiu-lhes modelar, junto dos profissionais, um tipo de comunicação colaborativa que eles próprios poderão reproduzir nas suas interações com os pais (Webster-Stratton, 2001). Tal pode, igualmente, ter contribuído para a transposição das competências treinadas nesta ação para a prática dos profissionais que a frequentaram, tal como é documentado pelos resultados.

Assim, verificou-se que, apesar de se tratar somente de uma ação de sensibilização com duração de nove horas, na sua sequência os participantes alteraram práticas, passando a aconselhar aos pais mais estratégias de parentalidade positiva. Tal é sugestivo de que o suporte dado aos profissionais através de grupos de discussão sobre prevenção na saúde mental em idade pré-escolar pode constituir uma mais-valia para estes técnicos, que poderão sentir-se mais apoiados, informados e capacitados, de modo a poderem aconselhar os pais com mais segurança e confiança sobre estratégias de parentalidade positiva (Davis, 1998; Sousa, 2016). É neste sentido que o Plano Nacional de Saúde, na sua revisão e extensão a 2020 (DGS, 2015, p. 14) coloca uma forte ênfase na “realização de ações de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença” e na divulgação e implementação de boas práticas, consideradas intrinsecamente ligadas a uma melhoria contínua da qualidade na promoção da saúde.

A implementação de tais ações de formação ao nível dos CSP, ao capacitar profissionais que lidam com uma grande amplitude de problemáticas, apresenta o benefício acrescido de permitir à população em geral, incluindo famílias de poucos recursos económicos, um acesso efetivo a cuidados com eficácia clínica comprovada (Bower et al., 2001; Kolko et al., 2010; Perrin et al., 2014), o que representa um progresso no sentido da democratização do acesso a cuidados de saúde de qualidade.

De entre as estratégias treinadas nas sessões, os profissionais parecem recorrer mais às destinadas a promover comportamentos positivos nas crianças, quando se trata da sua rede informal. Pelo contrário, no apoio e aconselhamento aos pais, após a formação aumentaram o número de recomendações de estratégias que vi-

sam a redução de comportamentos negativos (Sousa, 2016). Esta diferença poderá dever-se às próprias características dos dois contextos em causa. Assim, nos cuidados de saúde primários os profissionais poderão ser confrontados com a necessidade de dar resposta aos pais sobre estratégias para lidar com problemas de comportamento específicos das crianças (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Reijneveld et al., 2008; Lavigne, 2013; Kolko et al., 2010; Reid et al., 2013). Já no seu grupo informal as estratégias treinadas na formação poderão ser evocadas espontaneamente em situações do dia-a-dia, com crianças da sua família ou com familiares, amigos ou vizinhos, podendo este ser um contexto favorável para pôr em prática estratégias de promoção de comportamentos positivos (Sousa, 2016). Neste sentido, tal como reportado na meta-análise de Kaminski, Valle, Filene e Boyle (2008), a investigação tem sublinhado que a inclusão de componentes que visam o fortalecimento da relação pais-filhos em intervenções parentais (e.g., brincar, elogiar, comunicação emocional) aumenta o respetivo impacto. Por conseguinte, ações futuras deverão dar mais ênfase à utilização de estratégias positivas e de fortalecimento da relação pais-filhos, inclusive para aumentar a probabilidade de sucesso da aplicação de estratégias de redução de comportamentos negativos (apontadas pelos formandos como área a necessitar de mais formação).

Os resultados do estudo apontam, finalmente, para a evidente necessidade de formação adicional manifestada pelos profissionais dos CSP, o que vai ao encontro da investigação nesta área (Kolko et al., 2010; Lavigne, 2013; McMenemy et al., 2011). Neste sentido, formações que os capacitem a dinamizar programas de educação parental mais estruturados e mais longos, nomeadamente em grupo, poderão constituir respostas eficazes e consistentes, tendo a investigação demonstrado o impacto positivo e duradouro deste tipo de intervenções com pais, realizadas em contexto de CSP (Lavigne et al., 2008; Perrin et al., 2014; Reid et al., 2013; Turner & Sanders, 2006). Em particular, ressalta a eficácia na redução de problemas de comportamento nas crianças, quer externalizados (e.g., de oposição), quer internalizados (e.g., depressão, ansiedade), e os ganhos ao nível das suas competências sociais (e.g., interação com os pares), assim como efeitos positivos na saúde mental das crianças, dos pais e da família em geral (e.g., sintomas depressivos da criança, ansiedade parental).

Este estudo encerra algumas limitações que importa referir e que deverão orientar a planificação de trabalhos futuros. Em primeiro lugar, não é seguro que todos os profissionais dos CSP selecionados para este estudo tenham tido conhecimento da realização da formação (Sousa, 2016). De facto, a orgânica de funcionamento das unidades dos CSP, com divisão por diferentes subunidades, pode criar algumas dificuldades a uma comunicação eficaz, levando a que alguns dos profissionais das unidades contactadas possam não ter recebido informação acerca destas ações de formação e não tenham por isso estado presentes. Esta incerteza impossibilitou que fosse feita a avaliação da percentagem de profissionais que aderiu à formação tendo em conta o universo possível, ou mesmo averiguadas eventuais barreiras à adesão, o que poderia revelar-se útil para a planificação de formações no futuro. Paralelamente, chama-nos a atenção para a importância de procurarmos planear a utilização de estratégias que garantam que a informação chega a todos os profissionais (e.g., divulgação das ações em reuniões de serviço/equipa, envio de e-mails personalizados a todos os profissionais, articulação próxima com mais do que um profissional de referência dos vários CSP). Assim, este facto, associado à circunstância de o estudo ter sido conduzido em unidades de saúde somente do distrito de Coimbra, coloca reservas quanto à possibilidade de generalização dos resultados, dado assentar numa amostra que pode não ser representativa dos profissionais de saúde dos CSP a nível nacional. Em segundo lugar, o impacto da formação nas práticas dos profissionais foi avaliado três meses após o seu final, o que representa um intervalo de tempo demasiado breve para se poder fazer inferências quanto ao impacto a longo prazo. Também não foi possível avaliar o impacto junto das famílias, ainda que estas sejam os destinatários finais das competências

treinadas. Outra limitação prende-se com a ausência de um grupo de controlo, que tivesse sido alvo de outra formação com conteúdos distintos ou que não tivesse recebido qualquer formação. Finalmente, o facto de os inventários e avaliações preenchidas pelos formandos não serem anónimos pode ter enviesado os dados fornecidos num grau que não é possível ponderar (Sousa, 2016).

O principal contributo do presente estudo reside na chamada de atenção para a utilidade de capacitar os profissionais dos CSP, facultando-lhes ferramentas sobre parentalidade positiva que lhes poderão ser úteis no apoio e aconselhamento às famílias com crianças pequenas. Sendo estes os profissionais de primeira linha em termos de intervenção comunitária (Foy, 2010b; Reid et al., 2013), o seu contributo pode ser da maior relevância na prevenção e intervenção precoces em saúde mental, não só nas crianças mas também nas respetivas famílias. Assim, o grau de satisfação despertado nos formandos e a vontade de mudança nas suas práticas de apoio e aconselhamento às famílias, postos em destaque no presente estudo, poderão constituir importantes primeiros passos para a mudança das próprias famílias. Técnicos mais capacitados para aconselhar de forma eficaz traduzir-se-ão em pais mais capacitados para a parentalidade e com menos necessidade de recorrer a serviços diferenciados para lidar com os desafios comportamentais colocados pelos seus filhos. Este papel crescente dos CSP na promoção da saúde socioemocional das crianças e no tratamento ou encaminhamento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental implica transformações, nomeadamente ao nível da literacia e dos recursos (Foy, 2010b). Desta forma, a aposta na prevenção, altamente refletida nos planos e programas estatais para a saúde mental (DGS, 2015, 2016, 2017), mas pouco praticada no quotidiano dos serviços de saúde, para além de poder traduzir-se numa redução dos encargos por parte do Estado, terá um impacto positivo e significativo a nível individual, familiar e social.

Conflito de Interesses

Não existem conflitos de interesses a reportar.

Financiamento

Este artigo beneficiou do apoio do Programa Iniciativas em Saúde Pública (PT06), financiado pelo Mecanismo Financeiro EEA Grants 2009-2014 (Projeto 51SM4).

Agradecimentos

As autoras estão gratas às unidades de saúde e aos profissionais que aceitaram participar na formação que esteve na base do presente artigo; e à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra pelo apoio logístico e institucional.

Referências

- Baptista, E., Major, S., Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Homem, T., Azevedo, A., & Pimentel, M. (2016). Grupos de Pais Anos Incríveis: O que muda na perceção da competência parental e nos comportamentos das crianças? In *Atas do 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa, 28 Setembro a 1 de Outubro 2016* (pp. 243-251). Lisboa, Portugal: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Bauer, N. S., & Webster-Stratton, C. (2006). Prevention of behavioral disorders in primary care. *Current Opinion in Pediatrics*, 18(6), 654-660. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e3280106239>

- Bower, P., Garralda, E., Kramer, T., Harrington, R., & Sibbald, B. (2001). The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: A systematic review. *Family Practice, 18*(4), 373-382. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.4.373>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. Lisboa, Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Acedido de <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental>
- Davis, D. (1998). Does CME work? An analysis of the effect of educational activities on physician performance or health care outcomes. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 28*(1), 21-39. <https://doi.org/10.2190/UA3R-JX9W-MHR5-RC81>
- Direção Geral de Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020*. Acedido de <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pelo-governo.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Modelo de Governação a 2020 – Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários: Apêndice – Orientações programáticas a 2020* (2ª Ed.). Acedido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/modelo-de-governacao-a-2020-do-plano-nacional-de-saude-e-programas-de-saude-prioritarios.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Acedido de <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). London, United Kingdom: Sage Publications.
- Foy, J. M. (2010a). Enhancing pediatric mental health care: Algorithms for primary care. *Pediatrics, 125*(Supplement 3), S109-S125. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0788F>
- Foy, J. M. (2010b). Introduction. *Pediatrics, 125*(Supplement 3), S69-S74. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0788C>
- Foy, J. M., & Perrin, J. (2010). Enhancing pediatric mental health care: Strategies for preparing a community. *Pediatrics, 125*(Supplement 3), S75-S86. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0788D>
- Guyer, B. (1999). Promoting community pediatrics: Recommendations from the community access to child health evaluation. *Pediatrics, 103*(Supplement 4), 1370-1372. Acedido de http://pediatrics.aappublications.org/content/103/Supplement_4/1370
- Hewitt, K., Hobday, A., & Crawford, W. (1989). What do health visitors gain from behavioural workshops? *Child: Care, Health and Development, 15*, 265-275. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1989.tb00621.x>
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A Meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 567-589. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9201-9>
- Kelleher, K. J., & Stevens, J. (2009). Evolution of child mental health services in primary care. *Academic Pediatrics, 9*(1), 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2008.11.008>

- Kolko, D. J., Campo, J. V., Kelleher, K., & Cheng, Y. (2010). Improving access to care and clinical outcome for pediatric behavioral problems: A randomized trial of a nurse-administered intervention in primary care. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 31*(5), 393-404. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181dff307>
- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Gouze, K. R., Cicchetti, C., Pochyly, J., Arend, R., . . . Binns, H. J. (2008). Treating oppositional defiant disorder in primary care: A comparison of three models. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(5), 449-461. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm074>
- Lavigne, J. V. (2013). Commentary for pioneers in pediatric psychology: Thirty-seven years of research, training, and clinical practice in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology, 38*(2), 135-140. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jss082>
- McMenamy, J., Sheldrick, R. C., & Perrin, E. C. (2011). Early intervention in pediatrics offices for emerging disruptive behavior in toddlers. *Journal of Pediatric Health Care, 25*(2), 77-86. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.08.008>
- Menting, A. T. A., de Castro, B. O., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 901-913. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.006>
- Neto, A. S. (2017). A Pediatria na geração do milénio – Edital. *Acta Pediátrica Portuguesa, 48*, 199-200. <https://doi.org/10.25754/pjp.2017.12261>
- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 25-44). Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Perrin, E. C., Sheldrick, R. C., McMenamy, J. M., Henson, B. S., & Carter, A. S. (2014). Improving parenting skills for families of young children in pediatric settings: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics, 168*(1), 16-24. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2919>
- Reid, G. J. (2007). *Parenting matters: Helping parents of young children with sleep and discipline problems*. Acedido de http://www.excellenceforchildandyoung.ca/sites/default/files/gai_attach/rg-581_final_outcomes_report.pdf
- Reid, G. J., Stewart, M., Vingilis, E., Dozois, D. J. A., Wetmore, S., Jordan, J., . . . Zaric, G. S. (2013). Randomized trial of distance-based treatment for young children with discipline problems seen in primary health care. *Family Practice, 30*(1), 14-24. <https://doi.org/10.1093/fampra/cms051>
- Reijneveld, S. A., Gea, M., Wiefferink, C. H., & Crone, M. R. (2008). Parents' concerns about children are highly prevalent but often not confirmed by child doctors and nurses. *BMC Public Health, 8*(124), Article 124. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-124>
- Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology, 22*(4), 506-517. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.506>
- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B., & Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for child antisocial behavior in clinical practice. *British Medical Journal, 323*, 191-194. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7306.191>
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Homem, T. C., Azevedo, A., Silva, I., & Vale, V. (2016). Promoção de competências sociais e emocionais: Contributos dos programas Anos Incríveis. In A. M. Pinto, R. Raimundo (Eds.), *Avaliação e promoção de competências socioemocionais em Portugal* (pp. 227-260). Vialonga, Portugal: Coisas de Ler.

- Sousa, D. N. (2016). *Formação sobre parentalidade nos Cuidados de Saúde Primários: Levantamento de necessidades e avaliação do impacto nas redes (in)formal dos profissionais* (Tese de mestrado) [Preprint version]. Acedida de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/33378/1/TESE%20MIP%20-%20Daniela%20Sousa%20-%202016.pdf>
- Turner, K. M. T., & Sanders, M. R. (2006). Help when it's needed first: A controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behavior Therapy, 37*(2), 131-142. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.05.004>
- Webster-Stratton, C. (2001). *The parent and child series: A comprehensive course divided into four programs - Leaders' guide*. Seattle, WA, USA: The Incredible Years.
- Webster-Stratton, C. (2013). *Os Anos Incríveis. Guia de resolução de problemas para pais de crianças dos 2 aos 8 anos de idade* (M. I. Donnas Botto, Trad.). Braga, Portugal: Psiquilibrios Edições.
- Webster-Stratton, C., & Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention Science, 2*, 165-192. <https://doi.org/10.1023/A:1011510923900>