

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO E DO DESENVOLVIMENTO

Triplo P de Grupo e Standard Triplo P: comparação dos efeitos nas práticas parentais, saúde mental parental e comportamentos das crianças

Íris Martins Ferreira

M

2026



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**TRIPLO P DE GRUPO E STANDARD TRIPLO P:
COMPARAÇÃO DOS EFEITOS NAS PRÁTICAS PARENTAIS,
SAÚDE MENTAL PARENTAL E COMPORTAMENTOS DAS CRIANÇAS**

Íris Idália Relvas Martins Ferreira

Maio 2026

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia,
[Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano],
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada
pela Professora Doutora **Ana Catarina Canário** (FPCEUP) e pela Professora
Doutora **Orlanda Cruz** (FPCEUP)

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Esta dissertação só existe graças a toda a disponibilidade, sensibilidade, suporte e dedicação por parte das minhas orientadoras, Professora Doutora Ana Catarina Canário e Professora Doutora Orlanda Cruz. Foi um privilégio receber a sua orientação.

Para todas as crianças que me encaminharam até aqui com um bonito propósito, o meu agradecimento estará sempre presente em forma de abraço e acolhimento. Um abraço muito especial à Nefeli, à Marlene, ao Duarte e ao Salvador.

Agradeço ao meu pai, por me ter ensinado o valor de demonstrar gratidão diariamente e em voz alta. Graças a ele, estou certa de ter os meus agradecimentos em dia e para a tranquilidade de não precisar do resto desta página.

Resumo

Os programas de parentalidade baseados na evidência têm como objetivo promover práticas parentais positivas que favorecem o desenvolvimento infantil. Apesar da sua eficácia estar bem documentada, permanece pouco claro se o formato de implementação, individual ou grupal, influencia diferencialmente os resultados. O presente estudo teve como objetivo explorar em que medida se verificam diferenças nas práticas parentais, na saúde mental parental e nos comportamentos das crianças ao longo do tempo em função do formato. São analisados dados provenientes de projetos de investigação envolvendo a implementação do Triplo P – Programa de Parentalidade Positiva (nível 4), nos formatos Standard Triplo P (STP; individual) e Triplo P de Grupo (GTP; grupal). Os participantes são 114 cuidadores (STP = 47; GTP = 67). As práticas parentais foram avaliadas através da Escala Parental (EP), a saúde mental parental através da Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS), e os comportamentos das crianças através do Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ). Foi adotado um desenho longitudinal com três momentos de avaliação (pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento), recorrendo a análises de variância de medidas repetidas para averiguar efeitos de interação entre o tempo e o formato.

Os resultados revelam um efeito significativo do programa ao longo do tempo em ambos os formatos, com melhorias em todas as dimensões avaliadas, exceto no comportamento pró-social das crianças. Não se observaram diferenças ao longo do tempo nas práticas parentais entre os dois formatos. Na saúde mental, especificamente nos sintomas de depressão, verificou-se uma interação dos efeitos de pequena magnitude em função do formato, com maior redução de sintomas no formato individual. Quanto aos comportamentos das crianças, ambos os formatos conduziram a efeitos semelhantes a longo prazo. Os resultados sugerem que a eficácia dos programas, particularmente na saúde mental, se associa mais ao nível de risco inicial do que ao formato de implementação, reforçando a importância de adequá-lo às características e necessidades das famílias.

Abstract

Evidence-based parenting programs have been widely implemented to promote positive parenting practices that foster child development. Although their effectiveness is well established, it remains unclear whether the delivery format, individual versus group, differentially influences outcomes. The present study explored the extent to which differences emerge in parenting practices, parental mental health, and children's behaviors depending on the delivery format. Data from research projects evaluating the implementation of Triple P - Positive Parenting Program (level 4), specifically Standard Triple P (STP; individual format) and Group Triple P (GTP; group format), were analyzed. Participants were 114 caregivers (STP = 47; GTP = 67). Parenting practices were assessed using the Parenting Scale (PS), parental mental health using the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS), and children's behaviors using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). A longitudinal design with three assessment points (pre-intervention, post-intervention, and follow-up) was employed, using repeated measures' analysis of variance to examine interaction effects between time and format.

The results demonstrated significant program effects in both formats over time, with improvements across all assessed dimensions, except for children's prosocial behavior. No differences were observed between formats regarding parenting practices. For mental health outcomes, specifically depression symptoms, a small interaction effect was found as a function of format, with a greater symptom reduction in the individual format. Regarding children's behaviors, both formats led to similar long-term outcomes. The findings suggest that program effectiveness, particularly regarding parental mental health, is more strongly associated with baseline family risk than with delivery format, reinforcing the importance of tailoring interventions to families' characteristics and needs.

Índice

Introdução.....	1
Intervenção na parentalidade	1
Risco psicossocial	2
Programas de parentalidade baseados na evidência	3
Triplo P	4
Efeitos nas práticas parentais, saúde mental parental e comportamentos das crianças.....	5
Formato: individual versus grupal.....	6
O presente estudo.....	7
Método	9
Enquadramento metodológico	9
Participantes	11
Medidas	13
Análise de dados	15
Resultados	16
Análises preliminares	16
Análises de efeitos dos programas e do respetivo formato	17
Discussão	22
Referências.....	27

Introdução

Intervenção na parentalidade

A literatura tem demonstrado de forma consistente que as práticas parentais influenciam significativamente o ajustamento emocional, social e comportamental das crianças (Avezum et al., 2023; Clayborne et al., 2021; Stormshak et al., 2000; Yeung et al., 2017). Assim, durante as últimas décadas, têm sido desenvolvidos e implementados diversos programas de intervenção na parentalidade, sendo a sua efetividade avaliada em diferentes contextos culturais e comunitários, enquanto recurso para promover práticas parentais adequadas que favorecem o desenvolvimento infantil (Chen & Chan, 2016; Chen & Chui, 2021; Gardner et al., 2016; Kaminski et al., 2008; Nowak & Heinrichs, 2008; Pinto et al., 2024).

Vários modelos teóricos convergem na ideia de que determinadas práticas parentais favorecem trajetórias desenvolvimentais mais adaptativas, enquanto outras aumentam o risco de dificuldades no funcionamento infantil. Baumrind (1966, 1971) mostrou que estratégias disciplinares rígidas ou punitivas se associam frequentemente a dificuldades comportamentais nas crianças. De acordo com o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), o desenvolvimento humano resulta da interação dinâmica entre fatores individuais, familiares e contextuais, atribuindo um papel central à qualidade das interações pais-filhos. De forma complementar, a teoria da aprendizagem social sugere que as crianças adquirem competências através da observação e modelagem de comportamentos parentais, o que implica que a utilização de práticas coercivas resulta na aprendizagem de comportamentos inadequados e agressivos por parte da criança, afetando a socialização (Patterson, 2002). Por sua vez, a teoria da vinculação enfatiza que a responsividade parental desempenha um papel fundamental na construção de vínculos seguros, essenciais para a regulação emocional e para a exploração do ambiente (Bowlby, 1988, p.10-11).

A evidência empírica alinha-se com estas perspetivas teóricas. Práticas baseadas em afeto, responsividade, comunicação clara, monitorização consistente e estratégias não punitivas de resolução de problemas associam-se, consistentemente, a níveis mais baixos de problemas comportamentais e ao aumento de atitudes pró-sociais, autonomia, autoestima e ajustamento psicológico das crianças (Chen & Zhou, 1997; Pinquart & Gerke, 2019; Steinberg et al., 1992; Wong et al., 2021). Pelo contrário, práticas parentais coercivas, inconsistentes ou negligentes estão associadas a níveis mais elevados de dificuldades comportamentais e emocionais nas crianças (Ribas et al., 2024). A meta-análise de Pinquart (2017), que integrou 1.435 estudos,

corroborar este padrão de associações ao demonstrar que o controle parental psicológico severo, assim como os estilos parentais autoritário, permissivo e negligente se associam positivamente a comportamentos de externalização das crianças. De forma oposta, o afeto parental, a monitorização, a promoção da autonomia e o estilo educativo autoritativo apresentam associações negativas com os mesmos comportamentos de externalização das crianças.

Para além do impacto das práticas parentais estar bem documentado na literatura, sabe-se que estas possuem uma natureza flexível, respondendo a mudanças no desenvolvimento e às particularidades dos diferentes contextos e famílias (Sameroff, 2009), e são modificáveis, podendo ser ensinadas, treinadas e reforçadas por profissionais capacitados (Jeong et al., 2021; Kaminski et al., 2008; Leijten et al., 2019). Estes dados fundamentam a intervenção na parentalidade de forma estruturada e baseada na evidência (Bauer, 2007).

Risco psicossocial

Intervir na parentalidade assume especial relevância em contextos de risco psicossocial, constituindo uma resposta de apoio social e promoção de saúde. Os programas de parentalidade têm sido implementados através de serviços comunitários, estando acessíveis a famílias mais vulneráveis, sujeitas a múltiplos fatores de risco, como violência, pobreza, baixa escolaridade, abuso de substâncias e problemas de saúde (Cruz & Nunes, 2023; Leijten et al., 2017; Morris et al., 2017). Contudo, apesar da sua conhecida relevância nestes contextos, a sua implementação em Portugal ainda permanece escassa. A maioria das intervenções na parentalidade são desenhadas à medida pelos profissionais, e só 9,7% correspondem à implementação de programas estruturados (Cruz & Nunes, 2023).

Este público-alvo parece beneficiar particularmente destes programas, uma vez que a situação de risco psicossocial desencadeia respostas de stress, que afetam negativamente a qualidade das interações familiares (Evans et al., 2013). Nestes contextos, os pais tendem a ser menos sensíveis às necessidades dos seus filhos e recorrem mais a práticas disciplinares inconsistentes, hostis ou permissivas (Repetti et al., 2002). Nas crianças, observa-se maior incidência de problemas que comprometem o seu desenvolvimento global, sabendo-se que a vivência prolongada de experiências adversas na infância se associa a alterações neurobiológicas em certas áreas cerebrais, cruciais para a tomada de decisão, memória e regulação emocional (Diamond, 2002; Tottenham & Sheridan, 2010).

A acumulação de fatores de risco individuais e sociais aumenta a probabilidade de práticas parentais disfuncionais, contribuindo para a violência infantil. Neste sentido, a World Health Organization (WHO, 2022) delineou estratégias de intervenção com o objetivo de proteger os

direitos das crianças, reduzir desigualdades sociais e prevenir maus-tratos. Entre as estratégias recomendadas, destaca-se a implementação de programas de parentalidade que promovem competências de parentalidade positiva, sendo considerada uma das abordagens mais eficazes na redução de fatores de risco e na promoção de fatores de proteção ao desenvolvimento humano.

Programas de parentalidade baseados na evidência

Os programas baseados na evidência são intervenções estruturadas, cuja eficácia está devidamente comprovada por um conjunto relevante de estudos empíricos. A sua implementação e disseminação na comunidade são também alvo de estudo, de forma a avaliar a sua efetividade e translação para diferentes contextos, através de critérios rigorosos (Flay et al., 2005). De forma a garantir a fidelidade na implementação, os programas são manualizados. O manual inclui a descrição do referencial conceptual do programa, das sessões e materiais necessários à dinamização, monitorização e avaliação dos processos e dos resultados (Durlak & DuPre, 2008).

Segundo Borkowski (2007), os programas de parentalidade que se mostram mais eficazes utilizam uma abordagem compreensiva, que integra múltiplos domínios do desenvolvimento e promove a generalização do que é aprendido a diferentes contextos; proporcionam o envolvimento ativo dos participantes e a aquisição de competências através de diferentes estratégias práticas e potenciam as relações positivas. A sua implementação tem sido recomendada como meio de promoção, prevenção e/ou remediação, devendo-se conhecer as características da população para tomar decisões quanto ao nível de intensidade a oferecer (O'Connell et al., 2009).

A evidência indica que os programas assentes em princípios cognitivo-comportamentais e que se baseiam na teoria da aprendizagem social (Bandura, 1986) são frequentemente aqueles que apresentam maior eficácia na redução de práticas parentais disfuncionais e promoção do bem-estar infantil (Furlong et al., 2012; Kaminski et al. 2008; Sanders et al., 2014). A sua base teórica enfatiza o papel das cognições parentais, nomeadamente crenças, expectativas, autoeficácia e interpretações, na forma como os cuidadores respondem ao comportamento da criança (Bandura, 1997). Complementarmente, destaca os processos de aprendizagem por observação, modelagem e reforço, que sustentam a reciprocidade da interação pais-filhos (Bandura, 1986). O Triplo P (Programa de Parentalidade Positiva) prima por ser um dos sistemas de intervenção mais disseminados a nível internacional, que integra estes referenciais teóricos na sua conceção e implementação (Sanders, 1999).

Triplo P

O Triplo P é um sistema de intervenção parental baseado na evidência, organizado segundo uma estrutura multinível de intensidade crescente (Sanders et al., 2014). Segue uma abordagem de saúde pública que compreende cinco níveis de intervenção, diferenciados em função das necessidades das famílias, e assenta no princípio da suficiência mínima, segundo o qual a intensidade do apoio deve ser ajustada ao grau de dificuldade apresentado. Paralelamente, integra princípios de parentalidade positiva, tal como a promoção de um ambiente seguro e estimulante, o uso de disciplina assertiva, o desenvolvimento de expectativas realistas e o incentivo ao autocuidado parental.

A eficácia do Triplo P é sustentada por uma vasta evidência empírica. Meta-análises demonstram a sua eficácia na melhoria das práticas parentais e no ajustamento emocional e comportamental das crianças em diferentes contextos clínicos, comunitários e culturais (de Graaf et al., 2008a; de Graaf et al., 2008b; Noak & Heinrichs, 2008; Sanders et al., 2014). Entre as suas principais vantagens destacam-se a flexibilidade na adaptação às necessidades familiares, a diversidade de formatos de intervenção e a capacidade de reduzir o estigma associado ao apoio na parentalidade, promovendo o envolvimento ativo dos cuidadores.

O sistema organiza-se em cinco níveis de intervenção, ajustados às necessidades específicas das famílias. No Nível 1 é realizada uma intervenção universal, disponibilizando informação sobre parentalidade à comunidade. O Nível 2 inclui intervenções breves e de baixa intensidade, dirigidas a pais de crianças com dificuldades de comportamento ligeiras. O Nível 3 corresponde a apoio parental de curta-duração junto de famílias com dificuldades ligeiras a moderadas. O Nível 4 corresponde a uma intervenção intensiva dirigida a pais de crianças ou adolescentes com dificuldades emocionais ou comportamentais moderadas a graves, bem como a famílias com risco psicossocial elevado. O Nível 5 integra módulos adicionais, focando-se em fatores de risco mais específicos (Sanders, 1999).

Na presente dissertação, o foco incide no Nível 4. Este nível integra diferentes formatos, nomeadamente o Standard Triplo P (formato individual) e o Triplo P de Grupo (formato grupal), ambos orientados para o desenvolvimento de competências parentais específicas. A intervenção visa promover relações positivas entre pais e filhos, melhorar a gestão de comportamentos desadequados e reforçar a capacidade de antecipação e resposta a situações de risco. Para tal, proporciona um contexto estruturado e de suporte, que facilita o treino de competências e a promoção da autonomia parental na resolução de problemas (Sanders, 2003).

Efeitos nas práticas parentais, saúde mental parental e comportamentos das crianças

Os programas de parentalidade, particularmente de Nível 4 do sistema Triplo P, têm demonstrado efeitos consistentes em várias dimensões relacionadas com os pais e crianças. Meta-análises, que sistematizam a evidência sobre os efeitos dos programas, indicam um aumento de práticas positivas, como o uso de reforço consistente, comunicação clara, monitorização adequada e envolvimento parental, assim como uma redução em práticas coercivas, punitivas e inconsistentes (de Graaf et al., 2008a; Nogueira et al., 2022; Nowak & Heinrichs, 2008; Sanders et al., 2014). Os programas têm sido, também, associados a melhorias no sentido de competência parental a longo prazo (de Graaf et al., 2008a; Nogueira et al., 2022), e a reduções tanto no conflito parental como no conflito pais-filhos (Li & Li, 2021).

A saúde mental parental é uma dimensão significativa a considerar, não apenas como resultado das intervenções, mas também como fator que influencia a qualidade das práticas educativas e o ambiente familiar (Dunst, 2023). A literatura tem demonstrado que dificuldades ao nível da saúde mental dos pais estão associadas a défices na autorregulação emocional, a enviesamentos cognitivos (interpretações negativas do comportamento infantil), diminuição dos recursos comportamentais necessários para assegurar uma monitorização adequada da criança, e a transferência do stress individual para as interações com os filhos, gerando padrões de interação mais reativos, hostis ou inconsistentes (Crnic & Low, 2002; Dix & Meunier, 2009; Goodman & Gotlib, 1999; Lovejoy et al., 2000). Neste sentido, o efeito dos programas de parentalidade na saúde mental parental tem sido avaliado. A meta-análise de Nowak e Heinrichs (2008) identificou melhorias significativas no bem-estar dos pais associadas aos diferentes níveis do Sistema Triplo P, com efeitos mais robustos nos Níveis 4 e 5. De forma consistente, na meta-análise de Nogueira e colaboradores (2022) verificaram-se reduções nos níveis de stress parental e melhorias no ajustamento psicológico dos pais imediatamente após receberem o Triplo P de Grupo, embora estes efeitos não se tenham mantido a longo prazo.

O estudo dos comportamentos das crianças é igualmente fundamental na avaliação da eficácia destes programas, exigindo uma abordagem multi-informantes que reflita a complexidade do ajustamento psicológico ao longo do desenvolvimento. A literatura faz uma distinção, de forma consistente, entre comportamentos de internalização e externalização, dando destaque também à competência social, que se reflete na análise de dificuldades nas relações e comportamentos pró-sociais (Achenbach & Rescorla, 2001; Goodman, 1997). A evidência acumulada demonstra que os programas de parentalidade estão associados a reduções significativas nos problemas de comportamento, sendo estes os efeitos mais robustos, melhorias em sintomas emocionais, ainda que com magnitudes de efeito mais moderadas, e aumento das

competências sociais, incluindo aumento de comportamentos pró-sociais, como empatia, cooperação e capacidade de resolução de conflitos (Barlow et al. 2016; de Graaf et al., 2008b; Gubbels et al., 2019; Li & Li., 2021; Sanders et al., 2014). Meta-análises centradas no Nível 4 do Triplo P evidenciam uma diminuição de problemas comportamentais, com manutenção dos efeitos aos 6 e 12 meses após a intervenção, com tendência para melhorias ao longo do tempo (de Graaf et al., 2008b; Nogueira et al., 2022).

Formato: individual versus grupal

Os programas de parentalidade podem ser oferecidos em formato individual ou de grupo. A intervenção parental individual é dirigida a uma família. Por sua vez, na intervenção grupal as sessões são dirigidas a vários pais ou cuidadores que partilham desafios, características ou problemáticas mais ou menos semelhantes. Embora ambos os formatos possam assentar nos mesmos princípios teóricos, diferem na forma como são operacionalizados e nos mecanismos de mudança que mobilizam (Mathijs et al., 2024). Estas diferenças podem contribuir para variações nos seus efeitos, com potenciais vantagens e limitações associadas a cada formato.

As intervenções individuais possibilitam uma maior personalização, e adaptação ao ritmo e às necessidades específicas de cada família. Este formato revela-se particularmente vantajoso em situações em que as dificuldades parentais são mais severas ou em contextos de vulnerabilidade, nos quais o acompanhamento individualizado pode maximizar a eficácia das intervenções (Mathijs et al., 2024). Em alguns modelos, é possível incluir a criança nas sessões, possibilitando a prática direta de competências parentais num contexto controlado. Nestes casos, o recurso a estratégias em tempo real, com observação direta das interações e fornecimento de *feedback* imediato, tem sido identificado como um mecanismo relevante de mudança, estando associado a melhorias significativas no comportamento parental (Kaminski et al., 2008; Shanley & Niec, 2010).

O formato de intervenção em grupo destaca-se pelas potencialidades que o apoio social dos pais que integram o grupo oferece ao processo de mudança, uma vez que se cria uma rede de apoio entre pares, na qual as dificuldades parentais são normalizadas (Webster-Stratton & Herbert, 1993). Segundo Barlow e colaboradores (2016), o apoio entre pares e o sentimento de pertença ao grupo promovidos nas sessões podem contribuir para a redução do stress parental, promover a manutenção das mudanças comportamentais e reforçar a autoeficácia parental. Adicionalmente, o contexto grupal permite que os participantes observem as estratégias utilizadas por outros pais e recebam o seu *feedback*. Estes processos grupais têm sido associados a níveis mais elevados de motivação para a mudança, maior satisfação com a intervenção e

maior consciência do impacto dos próprios comportamentos. O *feedback* proveniente de outros participantes pode ainda, em alguns casos, ser percebido como mais significativo do que o fornecido exclusivamente pelo facilitador (Morran, 1998). O contexto de grupo promove uma pressão positiva entre pares, incentivando a utilização de novas estratégias e contribuindo para níveis mais elevados de adesão ao programa (Niec et al., 2005). Este formato apresenta ainda vantagens económicas, oferecendo uma melhor relação custo-benefício para os serviços (Mathijs et al., 2024).

Comparando os efeitos dos programas com os dois formatos, a meta-análise de Mathijs e colaboradores (2024), que integrou 162 estudos (121 com intervenções em formato de grupo e 41 com intervenções em formato individual), concluiu que ambos são eficazes na melhoria das competências parentais para gerir os comportamentos dos filhos e na redução do stress parental, não se observando diferenças significativas entre eles. Contudo, apenas o formato de grupo demonstrou efeitos consistentes na diminuição dos sintomas depressivos parentais, sugerindo benefícios potencialmente associados ao apoio social e ao sentimento de pertença característicos das intervenções em grupo (Wickramaratne et al., 2022).

O presente estudo

Apesar da eficácia geral destes programas estar bem estabelecida, permanece menos claro qual o formato de implementação mais vantajoso em termos de efeitos sobre diferentes variáveis. A literatura sobre a comparação direta entre os dois formatos ainda é escassa. A maioria dos estudos centra-se na eficácia global dos programas, sem explorar em profundidade como o formato de dinamização pode influenciar os resultados nas diferentes dimensões avaliadas (Mathijs et al., 2024). Na sua meta-análise, Mathijs e colaboradores (2024) comparam estudos que incluem diferentes programas de parentalidade baseados na teoria da aprendizagem social, significando que, apesar de seguirem os mesmos princípios teóricos, podem existir variações no tipo de população a que se dirigem e na estrutura das sessões, o que dificulta a isolamento do efeito específico do formato de dinamização. Além disso, foca-se predominantemente nos efeitos nos pais, não abordando os efeitos nos comportamentos das crianças.

A escassez de estudos com um desenho experimental que compare diretamente os formatos individual e grupal dentro do mesmo programa de parentalidade, e avalie o impacto tanto nos pais como nas crianças, é uma lacuna que limita conclusões mais robustas sobre a relevância do formato nos efeitos dos programas. Compreender se, e como, os efeitos variam entre os formatos é fundamental para otimizar a gestão de recursos nas comunidades, no sentido de

identificar qual a melhor abordagem na prestação de serviços de intervenção parental às famílias que deles beneficiam. De acordo com Sanders (2023), continuar a aprofundar o conhecimento sobre a implementação dos programas é fundamental para que estes evoluam e se adaptem às necessidades contemporâneas das famílias em diferentes contextos culturais e para apoiar a adoção de políticas e práticas de parentalidade positiva na comunidade.

Perante este quadro, o presente estudo tem como objetivo analisar os efeitos de dois programas de parentalidade de Nível 4 do sistema Triplo P com formatos distintos, individual e grupal, nas práticas parentais, saúde mental parental e nos comportamentos das crianças. Neste sentido, coloca-se a seguinte questão de investigação:

Em que medida se verificam diferenças nas práticas parentais, na saúde mental parental e nos comportamentos das crianças, até 6 meses após a finalização do programa, em função do formato de implementação individual versus grupal do programa Triplo P (Nível 4)?

Com base na revisão de literatura realizada, espera-se que ambos os formatos do programa Triplo P promovam efeitos positivos em todas as variáveis, prevendo-se uma diminuição de práticas parentais disfuncionais, uma melhoria da saúde mental parental através da diminuição de sintomatologia depressiva, ansiosa e do stress, e uma diminuição das dificuldades comportamentais das crianças. Relativamente à comparação entre formatos, a literatura aponta para a inexistência de diferenças nos efeitos nas práticas parentais. Os resultados da meta-análise de Li & Li (2021) sugerem que diferentes formatos do Triplo P podem ser igualmente eficazes na diminuição das práticas disfuncionais, como a permissividade e a sobre-reatividade. Em consonância, Mathijs e colaboradores (2024) não observaram diferenças significativas entre formatos quanto à gestão parental dos comportamentos das crianças. Prevê-se ainda diferenças estatisticamente significativas quanto à saúde mental parental, sendo expectável que o formato de grupo favoreça melhorias mais expressivas, nomeadamente na depressão, dada a componente de apoio social e partilha de experiências entre pares (Mathijs et al., 2024; Barlow et al., 2016). Relativamente aos comportamentos das crianças, a literatura disponível não permite antecipar diferenças consistentes em função do formato de implementação. Os efeitos positivos tendem a ser significativos em ambos os formatos, uma vez que estes resultados constituem geralmente efeitos primários das intervenções parentais, à semelhança das práticas parentais (Li & Li, 2021; Sanders et al., 2014).

Método

Enquadramento metodológico

O presente estudo integra uma análise de dados secundários provenientes de três projetos de investigação desenvolvidos na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP). Dois destes projetos foram financiados pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT): REUNIRmais - Sucesso da reunificação familiar após a institucionalização da criança: Avaliação da efetividade de uma intervenção de parentalidade positiva (PTDC/SOC-ASO/31727/2017) e RealFamilies - Apoiar famílias vulneráveis através de uma intervenção parental baseada na evidência implementada individualmente em condições reais: Novas perspetivas sobre a implementação, efeitos e custo-efetividade (Projeto n.º 2022.04975.PTDC). O terceiro projeto corresponde ao projeto de doutoramento “Triplo P de Grupo: Avaliação dos Efeitos a Curto e Longo Prazo de um Programa de Parentalidade Positiva nos Pais e nas Crianças” (Nogueira, 2021), promovido pela Santa Casa da Misericórdia de Penafiel.

Todos os projetos receberam parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. O projeto REUNIRmais foi também aprovado pela Unidade de Proteção de Dados da Universidade do Porto. Assim, assegura-se o cumprimento dos princípios éticos da investigação, nomeadamente a confidencialidade e a proteção dos dados pessoais. A participação das famílias foi voluntária, mediante a obtenção de consentimento informado.

O projeto REUNIRmais, implementado entre outubro de 2018 e setembro de 2021, teve como objetivo principal implementar e avaliar a efetividade de um programa individual do sistema Triplo P, o Standard Triplo P (STP), dirigido a pais em processo de reunificação familiar após a institucionalização da criança. Neste âmbito, foram formados e acreditados 20 profissionais responsáveis pela sua implementação em diferentes concelhos do distrito do Porto. O projeto RealFamilies, desenvolvido entre março de 2023 e fevereiro de 2025, surge na continuidade do anterior projeto, visando apoiar as famílias em situação de vulnerabilidade através do mesmo programa parental (STP), assim como analisar os seus processos de implementação, efeitos e custo-efetividade. Ambos recorreram a um desenho quasi-experimental com três momentos de avaliação: pré-intervenção (M1), pós-intervenção (M2) e seguimento de 3 a 6 meses após intervenção (M3).

Adicionalmente, no projeto de doutoramento, desenvolvido a partir de 2015, foi implementado o Triplo P de Grupo (GTP), com a finalidade de avaliar os efeitos do programa,

aliando-se ao objetivo de melhorar o suporte social de famílias em situação de risco psicossocial. Neste âmbito, foi realizado um estudo experimental implementado em contexto de prática profissional. Para avaliar os efeitos do programa, foi recolhida informação junto dos pais em quatro momentos: pré-intervenção (M1), pós-intervenção (M2), seguimento de 6 meses (M3) e de 12 meses (M4) após intervenção.

O STP é um programa individual de Nível 4 do sistema Triplo P. A intervenção decorre ao longo de 10 sessões semanais, com duração aproximada de 60 minutos cada, visando proporcionar apoio parental individualizado ajustado às necessidades específicas de cada família e às características do comportamento da criança. Quatro das sessões incluem a prática de interações pais-criança, realizada no contexto familiar ou no local da intervenção, com treino de competências parentais, definição de objetivos comportamentais e *feedback* por parte do profissional. A implementação foi realizada por profissionais formados e acreditados no STP, com supervisão regular, assegurando a fidelidade ao modelo de intervenção.

O GTP também integra o Nível 4 do sistema Triplo P. A intervenção decorre ao longo de oito sessões semanais, incluindo cinco sessões presenciais em grupo, com duração aproximada de duas horas cada, e três sessões individuais por contacto telefónico, com duração entre 15 e 20 minutos. As sessões seguiram uma estrutura padronizada, incluindo revisão das tarefas da sessão anterior, apresentação dos conteúdos, discussão em grupo, realização de exercícios práticos e definição de tarefas para casa. A implementação foi realizada por uma profissional formada e acreditada no GTP, sendo verificada a fidelidade através de fichas de verificação.

Embora todos os projetos incluíssem grupos de intervenção e de controlo, na presente dissertação foram apenas incluídos os participantes que integraram os grupos de intervenção. Assim, os dados analisados correspondem a duas amostras independentes, provenientes de dois formatos de implementação do nível 4 do sistema Triplo P: STP, implementado em formato individual nos projetos REUNIRmais e RealFamilies, e GTP, implementado em formato grupal no projeto de doutoramento. Serão utilizados os dados das avaliações realizadas em M1, M2 e M3 (pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento de 3 a 6 meses, respetivamente). A integração destes dados foi considerada conceptual e metodologicamente adequada, uma vez que as intervenções pertencem ao mesmo nível de intervenção do sistema Triplo P, partilhando os mesmos princípios teóricos e objetivos e foram utilizados procedimentos de recolha de dados semelhantes.

Participantes

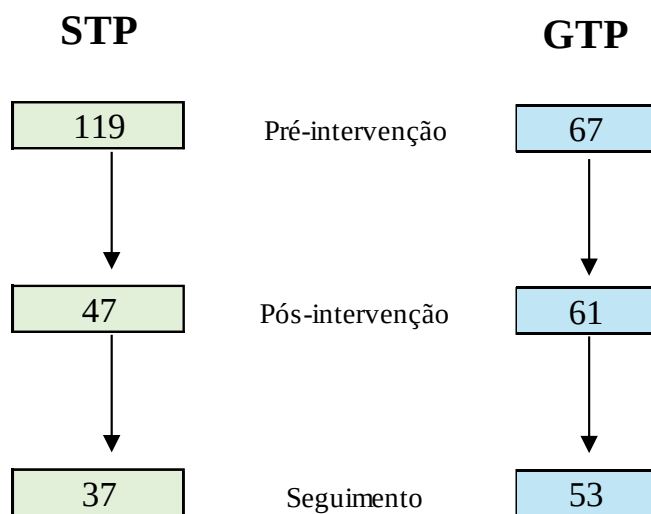
Os participantes deste estudo integram apenas os grupos de intervenção que receberam o STP e o GTP em cada um dos projetos. No total, participaram 114 cuidadores (STP = 47; GTP = 67).

Quanto ao STP, os participantes foram pais de crianças entre os 6 e os 12 anos de idade. Estas famílias foram consideradas pelos profissionais como sendo vulneráveis, ou por estarem sinalizadas pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) ou Equipas Multidisciplinares de Apoio aos Tribunais (EMAT), ou por apresentarem fatores socioeconómicos desfavoráveis. Os critérios de exclusão foram os seguintes: o cuidador ou a criança apresentarem incapacidade de ler e perceber português, terem uma doença mental grave, e a crianças estar a tomar, ou ter tomado no último mês, medicação que pudesse afetar o nível de cortisol. As famílias participaram numa entrevista individual inicial, com duração aproximada de 90 minutos, durante a qual foram apresentados os objetivos e procedimentos do estudo, recolhido o consentimento informado e realizada a avaliação inicial (M1). No projeto, 119 participantes avaliados foram alocados ao grupo de intervenção, mas, destes, apenas 47 completaram o programa. Um total de 59 participantes não iniciou o programa e 10 desistiram, não tendo completado o programa ou as avaliações subsequentes. À data do tratamento de dados da presente dissertação, 3 participantes estavam ainda a receber o STP.

Relativamente ao programa GTP, dinamizado na modalidade de grupo, o recrutamento das famílias decorreu entre 2016 e 2017, através da instituição parceira envolvida no projeto. O técnico de referência do serviço identificou famílias potencialmente elegíveis e procedeu ao primeiro contacto com as mesmas. Os critérios de inclusão foram beneficiar de apoios sociais e ter pelo menos um filho com idades entre 3 e 12 anos. Os critérios de exclusão foram os seguintes: a criança-alvo apresentar deficiência intelectual, os pais não residirem com a criança, algum dos pais apresentar uma doença mental grave ou défices cognitivos, ou existir problemas de consumo de álcool/drogas aquando do recrutamento. As famílias participaram numa entrevista individual inicial, com duração aproximada de 120 minutos, durante a qual foram apresentados os objetivos e procedimentos do estudo, recolhido o consentimento informado e realizada a avaliação inicial (M1). Foram realizadas 150 entrevistas, tendo sido excluídas 12 famílias por não cumprirem os critérios de elegibilidade e quatro por recusarem participar. Destes, 67 foram aleatoriamente alocados ao grupo de intervenção, 61 completaram o GTP e 53 a avaliação de seguimento. O fluxograma dos participantes em cada um dos programas encontra-se representado na Figura 1.

Figura 1

Fluxograma dos participantes nos programas STP e GTP



A caracterização sociodemográfica dos participantes encontra-se na Tabela 1. Em ambos os formatos, participaram maioritariamente mães, sendo residual a participação de outros cuidadores. A média de idades é semelhante entre as condições STP e GTP, variando entre os 23 e os 53 anos no STP e entre os 22 e os 61 anos no GTP. Observam-se diferenças etárias expectáveis entre participantes, com as avós a apresentarem idades superiores. Quanto ao estado civil, verifica-se maior diversidade nos participantes que receberam o STP e uma predominância de participantes divorciadas e casadas no GTP. No que diz respeito às crianças, as suas idades variam entre os 6 e 12 anos no STP e entre os 2 e os 12 anos no GTP. Encontra-se uma maior proporção de rapazes entre os participantes da condição STP e de raparigas entre os participantes do GTP.

Tabela 1*Caracterização sociodemográfica dos participantes e crianças*

	STP (n=47)	GTP (n=67)
Participantes		
Grau de parentesco, n (%)		
Mãe	42 (89.4%)	63 (94.0%)
Pai	3 (6.4%)	-
Avó	1 (2.1%)	4 (6.0%)
Madrasta	1 (2.1%)	-
Idade (anos), M (DP)		
Total do grupo	37.30 (7.69)	37.75 (9.09)
Mães	-	36.68 (8.16)
Avós	-	54.50 (6.46)
Estado civil, n (%)		
Solteiro(a)	16 (34.0%)	10 (14.9%)
União de facto	13 (27.7%)	-
Casado(a)	8 (17.0%)	22 (32.8%)
Divorciado(a)	7 (14.9%)	35 (52.2%)
Separado(a)	2 (4.3%)	-
Viúvo(a)	1 (2.1%)	-
Crianças		
Sexo, n (%)		
Masculino	32 (68.1%)	27 (40.3%)
Feminino	15 (31.9%)	40 (59.7%)
Idade (anos), M (DP)	8.49 (1.67)	7.15 (2.70)

Medidas***Práticas parentais***

Para avaliar o tipo de práticas parentais utilizadas em situações de disciplina, foi utilizada a Escala Parental (EP; Arnold et al.,1993; versão revista por Cruz & Abreu-Lima, 2013), um instrumento de autorrelato. A escala é composta por 30 itens, organizados em três subescalas: Hostilidade, Permissividade e Sobrerreatividade. Cada item apresenta dois comportamentos

opostos e os pais assinalam, numa escala de 7 pontos, o ponto que melhor descreve o seu comportamento habitual nos últimos dois meses. Por exemplo, no item 27, o cenário “Quando o meu filho se porta mal...” é seguido de uma escala com os extremos de resposta “Raramente uso nomes ou insultos” (1) e “Quase sempre praguejo ou uso palavras impróprias” (7), permitindo situar o comportamento parental do respondente ao longo do continuum entre estas duas formas de atuação disciplinar. Pontuações mais elevadas indicam maior frequência de práticas disfuncionais. A consistência interna foi avaliada através do coeficiente alfa de *Cronbach* nos três momentos de avaliação, em ambos os formatos. Relativamente à modalidade STP, observaram-se valores de .72 (Hostilidade), .58 (Permissividade) e .65 (Sobrerreatividade) no pré-intervenção, .51, .72 e .80 no pós-intervenção, e .23, .61 e .67 no seguimento, respetivamente. No GTP, registaram-se valores de .79, .65 e .56 no pré-intervenção, .55, .68 e .46 no pós-intervenção, e .35, .64 e .63 no seguimento, para as subescalas de Hostilidade, Permissividade e Sobrerreatividade, respetivamente.

Saúde mental parental

A Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004) é um instrumento de autorrelato que avalia sintomas de depressão, ansiedade e stress nos adultos, tendo sido utilizado para medir o nível de saúde mental dos participantes. A escala é composta por 21 itens, distribuídos por três subescalas de 7 itens cada: Depressão, Ansiedade e Stress. Os pais ou substitutos parentais respondem numa escala de *Likert* de 4 pontos, que varia entre 0 (“Não se aplicou a mim de forma alguma”) e 3 (“Aplicou-se muitíssimo a mim ou a maior parte do tempo”), refletindo a frequência dos sintomas na última semana. Pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de sintomatologia psicológica. No STP, observaram-se valores de consistência interna de .92 (Depressão), .82 (Ansiedade) e .89 (Stress) no pré-intervenção, .86, .81 e .89 no pós-intervenção, e .86, .93 e .92 no seguimento, respetivamente. Quanto ao GTP, verificaram-se valores de .88, .76 e .85 no pré-intervenção, .92, .73 e .88 no pós-intervenção, e .92, .77 e .89 no seguimento, para as subescalas Depressão, Ansiedade e Stress, respetivamente.

Comportamentos das crianças

O Questionário de Dificuldades e Capacidades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ; Goodman, 1997) foi utilizado para avaliar o ajustamento emocional e comportamental das crianças. É um instrumento de heterorrelato, tendo sido preenchido pelos pais. É composto por 25 itens, organizados em cinco subescalas de 5 itens: Sintomas emocionais, Problemas de comportamento, Hiperatividade, Problemas na relação com os pares e Comportamento pró-

social. Os itens são respondidos numa escala de *Likert* de 3 pontos (0 = “Não é verdade”, 1 = “É um pouco verdade”, 2 = “É completamente verdade”). Para além das subescalas, pode ser calculado um índice total de dificuldades, resultante da soma das quatro subescalas de dificuldades. Pontuações mais elevadas indicam maiores dificuldades, exceto na subescala de comportamento pró-social, onde valores mais elevados refletem melhor ajustamento. No STP, observaram-se valores de consistência interna de .72 (Sintomas emocionais), .57 (Problemas de comportamento), .59 (Hiperatividade), .47 (Relação com pares), .67 (Comportamento pró-social) e .78 (Total de dificuldades) no pré-intervenção, .60, .51., .60, .58, .70 e .75 no pós-intervenção, .65, .78, .74, .59, .63 e .86 no seguimento, respetivamente. No GTP, registou-se uma consistência interna de .60, .73, .71, .56, .37 e .79 no pré-intervenção, .65, .66, .57, .43, .33 e .77 no pós-intervenção, e .66, .69, .61, .53, .76 e .80 no seguimento, para Sintomas emocionais, Problemas de comportamento, Hiperatividade, Relação com pares, Comportamento pró-social e total de dificuldades, respetivamente.

Análise de dados

As análises estatísticas foram realizadas com recurso ao programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27 (IBM Corp., 2020). Inicialmente, foram conduzidas análises descritivas e testes *t* para amostras independentes, com o objetivo de avaliar a equivalência entre os grupos, STP e GTP, no momento pré-intervenção.

De forma a avaliar se os efeitos dos programas diferem em função do formato de intervenção, realizaram-se análises de variância de medidas repetidas do tipo mista (ANOVA), recorrendo ao procedimento *General Linear Model* (GLM). O fator intra-sujeitos correspondeu aos diferentes momentos de avaliação do programa, com três momentos de avaliação (M1, M2 e M3). O fator inter-sujeitos correspondeu à condição do formato de intervenção (STP e GTP). Os resultados foram interpretados considerando um nível de significância de $p < .05$. Sempre que se verificou violação do pressuposto da esfericidade, sendo ϵ superior a 0.75, recorreu-se à correção de Huynh-Feldt. Os efeitos da interação entre o programa ao longo do tempo e o formato foram também analisados através de testes multivariados, recorrendo ao critério de Wilks' Lambda. Foram reportados os tamanhos de efeito (η^2), interpretados segundo as recomendações de Cohen (1988), em que os valores 0.01, 0.06 e 0.14 correspondem, respetivamente, a efeitos de magnitude pequena, moderada e elevada.

Relativamente aos dados dos participantes do STP foram usados todos os resultados disponíveis, sendo que os dados em falta foram omitidos no programa SPSS através da modalidade *listwise deletion*. Neste procedimento, os participantes com dados em falta são

omitidos para efeitos da análise. Assim, as análises relativas ao programa STP integraram 37 participantes. Relativamente ao programa GTP, foi usada a abordagem *last observation carried forward* (LOCF) para lidar com os dados em falta. Assim, nas análises deste programa foram integrados dados dos 67 participantes. Deve ser salientado que a base de dados do programa GTP está publicamente disponível, num repositório de ciência aberta, não sendo possível identificar quem são os participantes com dados em falta (Nogueira et al., 2021).

Resultados

Análises preliminares

Foram realizados testes t para amostras independentes com o objetivo de avaliar a equivalência inicial da amostra entre os formatos (STP e GTP) nas variáveis em estudo (Tabela 2). Os resultados indicaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as condições na maior parte das variáveis ($p > .05$). Observaram-se apenas diferenças estatisticamente significativas no Comportamento pró-social, em que os participantes do GTP apresentaram valores mais elevados ($M = 9.28$, $DP = 1.03$) do que os do STP ($M = 8.72$, $DP = 1.33$), $t(98) = 2.37$, $p = .020$, $d = .48$, e na Sobrerreatividade, com o STP a apresentar valores mais elevados ($M = 3.82$, $DP = 1.19$) do que o GTP ($M = 3.17$, $DP = 1.43$), $t(87) = -2.24$, $p = .028$, $d = -.48$. Estas diferenças iniciais nas características dos participantes de cada grupo foram tidas em consideração na interpretação dos resultados.

Tabela 2*Análises descritivas e testes t para os grupos STP e GTP em M1*

	STP <i>M (SD)</i>	GTP <i>M (SD)</i>	<i>t</i> <i>(gl)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Hostilidade (EP)	1.81 (1.04)	1.72 (1.32)	-.52 (87)	.606	-.11
Permissividade (EP)	2.93 (1.08)	2.61 (1.36)	-.8 (86.96)	.428	-.16
Sobrerreatividade (EP)	3.63 (1.41)	3.15 (1.41)	-2.24 (87)	.028	-.48
Depressão (DASS)	5.65 (5.87)	3.55 (4.25)	-1.83 (44.84)	.075	-.46
Ansiedade (DASS)	3.76 (4.08)	3.58 (3.7)	-.9 (82)	.381	-.20
Stress (DASS)	7.18 (5.57)	5.58 (4.09)	-1.89 (48.56)	.065	-.47
Sintomas emocionais (SDQ)	3.8 (2.56)	4.26 (2.53)	.91 (98)	.366	.18
Problemas de comportamento (SDQ)	3.05 (2.02)	3.02 (2.21)	-.16 (98)	.876	-.031
Hiperatividade (SDQ)	5.72 (2.59)	5.42 (3.00)	-.77 (98)	.445	-.15
Relação com pares (SDQ)	2.36 (1.84)	2.06 (1.91)	-.93 (98)	.357	-.19
Comportamento pró-social (SDQ)	8.8 (1.15)	9.28 (1.03)	2.37 (98)	.020	.48
Total de dificuldades (SDQ)	14.91 (6.46)	14.75 (6.29)	-.3 (98)	.769	-.06

Análises de efeitos dos programas e do respetivo formato

As análises descritivas para o STP ($n = 47$) e GTP ($n = 67$) ao longo do tempo e os efeitos intra e inter -sujeitos (efeitos do programa x formato) estão apresentadas na Tabela 3.

Relativamente às práticas parentais, não se verificou efeitos multivariados da interação entre o programa e o formato para a hostilidade, Wilks' Lambda = .99, $F(2, 86) = .34$, $p = .716$, $\eta p^2 = .01$, permissividade, Wilks' Lambda = .98, $F(2, 86) = .90$, $p = .41$, $\eta p^2 = .02$, e sobrerreatividade, Wilks' Lambda = .98, $F(2, 86) = .88$, $p = .421$, $\eta p^2 = .02$. Como se observa na Tabela 3, a análise univariada também não revelou um efeito significativo da interação para nenhuma destas dimensões, contudo, existiu um efeito significativo do programa para a Hostilidade, $F(1.71, 148.78) = 8.45$, $p < .001$, $\eta p^2 = .09$, Permissividade, $F(1.84, 160.22) = 26.66$, $p < .001$, $\eta p^2 = .24$, e Sobrerreatividade, $F(2, 174) = 31.17$, $p < .001$, $\eta p^2 = .26$. Na Figura

2 encontram-se as representações gráficas da evolução das práticas parentais ao longo do tempo nos dois formatos.

As análises que dizem respeito à saúde mental parental revelaram uma interação estatisticamente significativa entre o programa e o formato para a Depressão, Wilks' Lambda = .92, $F(2, 98) = 4.22$, $p = .017$, $\eta^2 = .08$, corroborado pela análise univariada, $F(2, 198) = 4.56$, $p = .012$, $\eta^2 = .04$. Não foram observados efeitos multivariados da interação entre o programa e o formato para a Ansiedade, Wilks' Lambda = .98, $F(2, 98) = .95$, $p = .391$, $\eta^2 = .02$, e Stress, Wilks' Lambda = .98, $F(2, 98) = 1.07$, $p = .346$, $\eta^2 = .02$. Do mesmo modo, a análise univariada não revelou efeitos de interação, embora se tenha verificado um efeito significativo do programa, para a Ansiedade, $F(1.93, 191.07) = 5.55$, $p = .005$, $\eta^2 = .05$, e para o Stress $F(2, 198) = 11.49$, $p = .005$, $\eta^2 = .10$. Na Figura 3 encontram-se as representações gráficas da evolução da saúde mental parental ao longo do tempo, comparando os dois formatos.

Quanto aos comportamentos das crianças, observou-se uma interação estatisticamente significativa entre o programa e o formato para Problemas de comportamento, Wilks' Lambda = .94, $F(2, 94) = 3.25$, $p = .043$, $\eta^2 = .07$, e Total de dificuldades, Wilks' Lambda = .93, $F(2, 94) = 3.54$, $p = .03$, $\eta^2 = .07$. Não foram encontrados efeitos de interação para Sintomas emocionais, Wilks' Lambda = .95, $F(2, 94) = 2.55$, $p = .08$, $\eta^2 = .05$, Hiperatividade, Wilks' Lambda = .98, $F(2, 94) = .88$, $p = .42$, $\eta^2 = .02$, Relação com pares, Wilks' Lambda = .97, $F(2, 94) = 1.41$, $p = .25$, $\eta^2 = .03$, e Comportamento pró-social, Wilks' Lambda = .99, $F(2, 94) = .55$, $p = .58$, $\eta^2 = .01$. Já a análise univariada não revelou um efeito significativo da interação em nenhuma das dimensões avaliadas, como se verifica na Tabela 3. No que diz respeito ao efeito do programa, revelou-se significativo nos Sintomas emocionais, $F(1.84, 175.12) = 17.97$, $p < .001$, $\eta^2 = .16$, Problemas de comportamento $F(1.76, 167.01) = 10.14$, $p < .001$, $\eta^2 = .10$, Hiperatividade $F(1.75, 166.24) = 5.01$, $p < .010$, $\eta^2 = .05$, e Relação com pares $F(2, 190) = 5.11$, $p < .007$, $\eta^2 = .05$. Não se verificou um efeito significativo do programa no Comportamento pró-social, $F(1.90, 180.35) = .25$, $p = .767$, $\eta^2 = .003$. A Figura 4 apresenta os gráficos de cada dimensão do comportamento das crianças ao longo do tempo, para cada formato.

Tabela 3

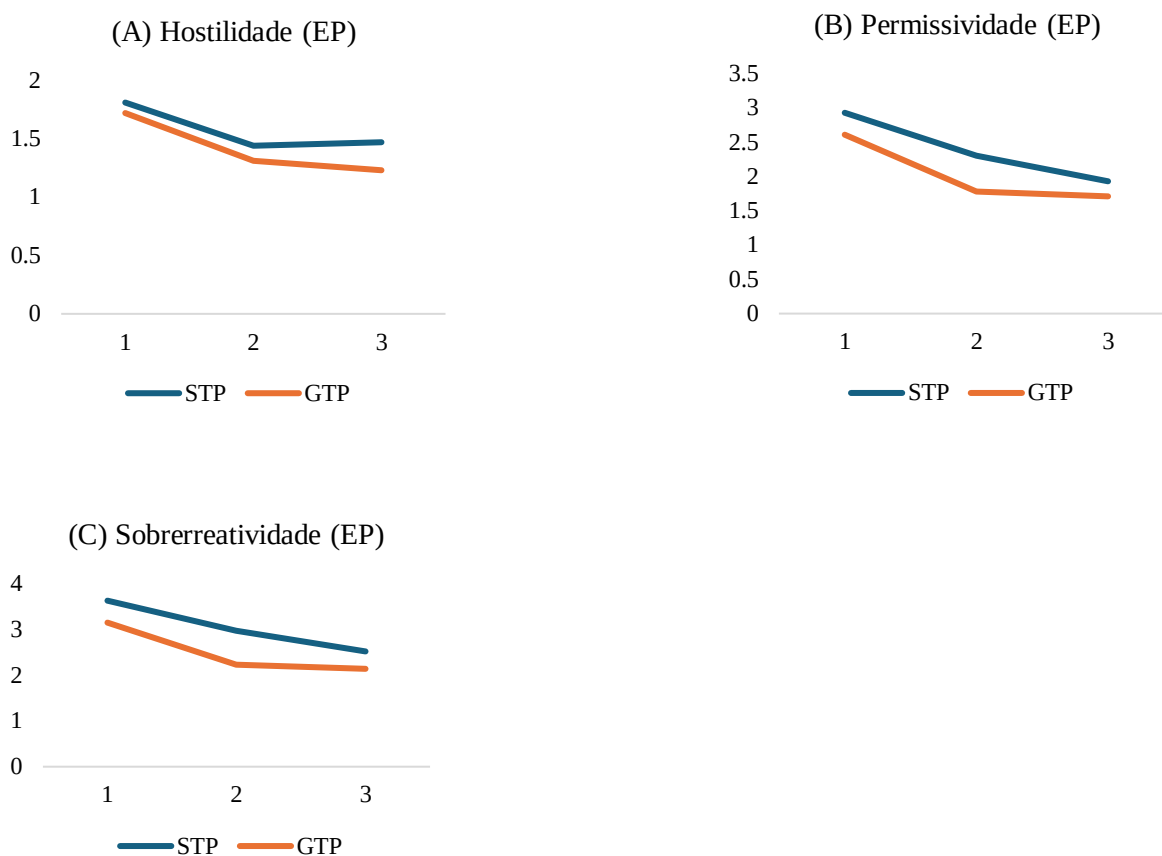
Análises descritivas para cada condição (STP e GTP) ao longo do tempo e ANOVA medidas repetidas

	Condição						ANOVA Medidas Repetidas			
	STP (n=47)			GTP (n=67)			Testes dos efeitos intra e inter-sujeitos			
	M1 <i>M</i> (<i>SD</i>)	M2 <i>M</i> (<i>SD</i>)	M3 <i>M</i> (<i>SD</i>)	M1 <i>M</i> (<i>SD</i>)	M2 <i>M</i> (<i>SD</i>)	M3 <i>M</i> (<i>SD</i>)	Tempo × Condição			
							<i>F</i> (<i>gl</i>)	<i>p</i>	ηp^2	<i>Poder observado</i>
Hostilidade (EP)	1.81 (1.04)	1.44 (.62)	1.47 (.71)	1.72 (1.32)	1.31 (.73)	1.23 (.47)	.25 (1.71, 148.78)	.747	.003	.09
Permissividade (EP)	2.93 (1.08)	2.3 (1.1)	1.93 (.95)	2.61 (1.36)	1.78 (.96)	1.71 (.84)	.61 (1.84, 160.22)	.534	.01	.15
Sobrerreatividade (EP)	3.63 (1.41)	2.97 (1.53)	2.52 (1.22)	3.15 (1.41)	2.23 (.99)	2.14 (1.1)	.86 (2, 174)	.427	.01	.20
Depressão (DASS)	5.65 (5.87)	2.53 (3.51)	2.56 (4.13)	3.55 (4.25)	2.85 (4.4)	2.67 (4.15)	4.56 (2, 198)	.012	.04	.77
Ansiedade (DASS)	3.76 (4.08)	2.03 (2.82)	2.74 (4.88)	3.58 (3.7)	2.75 (3.03)	2.72 (3.17)	.72 (1.93, 191.07)	.485	.01	.17
Stress (DASS)	7.18 (5.57)	4.62 (4.53)	4.71 (5.17)	5.58 (4.09)	4.21 (4.23)	4.31 (4.07)	.33 (2, 198)	.331	.01	.24
Sintomas Emocionais (SDQ)	3.8 (2.56)	3.07 (2.19)	2.32 (1.76)	4.26 (2.53)	3.09 (2.37)	3.17 (2.49)	1.73 (1.84, 175.12)	.184	.02	.34
Problemas Comportamento (SDQ)	3.05 (2.02)	2.91 (1.87)	2.57 (1.82)	3.02 (2.21)	2.04 (1.73)	2.02 (1.96)	3.11 (1.76, 167.01)	.054	.03	.56
Hiperatividade (SDQ)	5.72 (2.59)	5.5 (2.69)	5.31 (2.73)	5.42 (3.00)	4.6 (2.40)	4.34 (2.44)	1.15 (1.75, 166.24)	.314	.01	.24
Relação com pares (SDQ)	2.36 (1.84)	2.34 (2.15)	1.93 (1.62)	2.06 (1.91)	1.42 (1.45)	1.32 (1.45)	1.43 (2,190)	.243	.02	.30
Pró-social (SDQ)	8.8 (1.15)	8.52 (2.18)	8.68 (1.7)	9.28 (1.03)	9.34 (1.07)	9.34 (1.65)	.54 (1.9, 180.35)	.568	.01	.14
Total de dificuldades (SDQ)	14.91 (6.46)	13.79 (6.27)	12.12 (6.39)	14.75 (6.29)	11.15 (5.38)	10.85 (5.96)	2.56 (1.74, 165.19)	.088	.03	.47

Nota. M1 = pré-intervenção; M2 = pós-intervenção; M3 = seguimento de 3 a 6 meses.

Figura 2

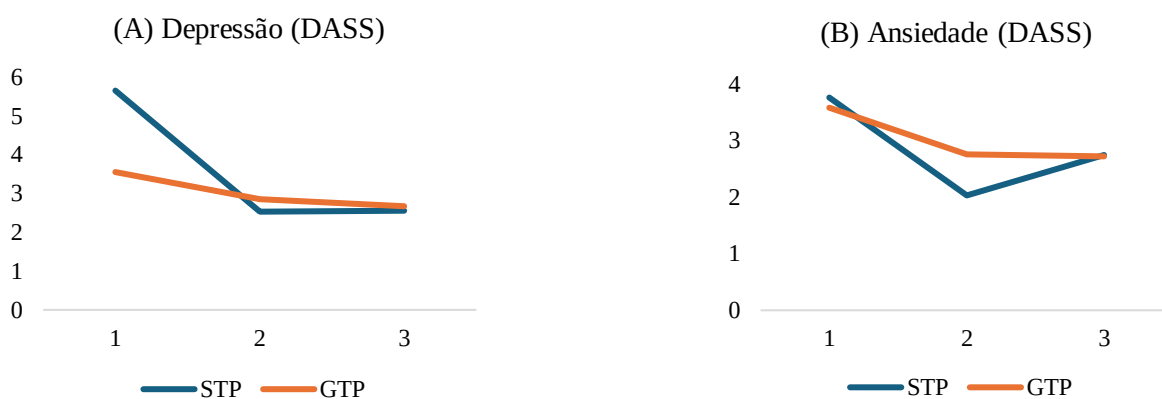
Representação gráfica dos resultados da ANOVA medidas repetidas para as variáveis relativas às práticas parentais, comparando os formatos STP e GTP ao longo do tempo

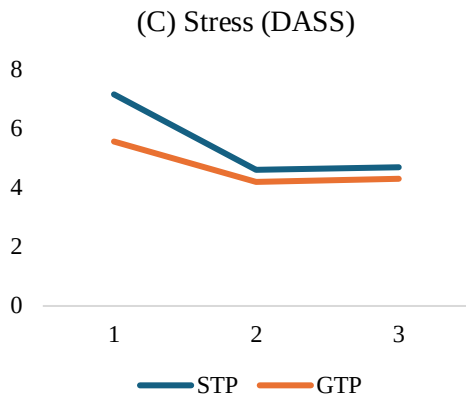


Nota. 1 = pré-intervenção; 2 = pós-intervenção; 3 = seguimento de 3 a 6 meses.

Figura 3

Representação gráfica dos resultados da ANOVA medidas repetidas para as variáveis relativas à saúde mental parental, comparando os formatos STP e GTP ao longo do tempo

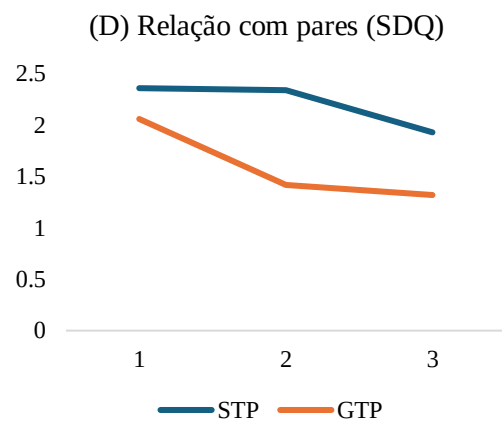
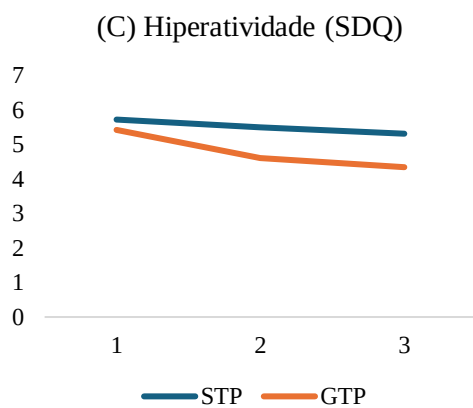
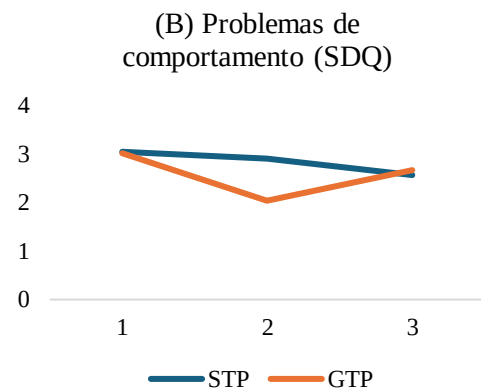
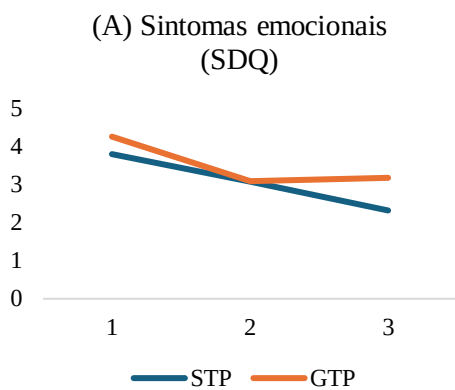


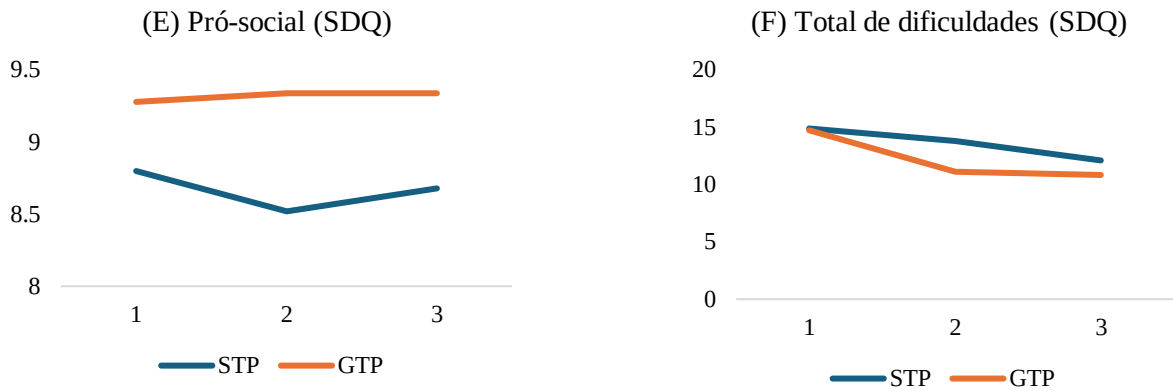


Nota. 1 = pré-intervenção; 2 = pós-intervenção; 3 = seguimento de 3 a 6 meses.

Figura 4

Representação gráfica dos resultados da ANOVA medidas repetidas para as variáveis relativas aos comportamentos das crianças, comparando as condições STP e GTP ao longo do tempo





Nota. 1 = pré-intervenção; 2 = pós-intervenção; 3 = seguimento de 3 a 6 meses.

Discussão

A presente investigação teve como objetivo analisar os efeitos da implementação de dois formatos distintos do programa Triplo P (nível 4), individual (STP) e grupal (GTP), nas práticas parentais, na saúde mental parental e nos comportamentos das crianças, comparando os seus resultados nestas dimensões, avaliados antes e imediatamente após o programa, e posteriormente no período de até 6 meses após a conclusão do programa.

Globalmente, os resultados evidenciam o efeito dos programas, com magnitudes de efeito predominantemente moderada e elevada, refletindo melhorias nos dois grupos ao nível das práticas parentais, saúde mental parental e na maioria das dimensões dos comportamentos das crianças, indo ao encontro da evidência que sustenta a eficácia do Triplo P na promoção de mudanças positivas nestes domínios (de Graaf et al, 2008a; de Graaf et al., 2008b; Nowak & Heinrichs, 2008). Apenas não se verificou este efeito no comportamento pró-social, sendo este padrão consistente com a literatura, que indica que intervenções parentais como o Triplo P tendem a produzir efeitos mais robustos na redução de comportamentos problemáticos do que na promoção de competências pró-sociais (Sanders et al., 2014). Adicionalmente, o comportamento pró-social tende a ser menos sensível a intervenções parentais de curto e médio prazo, podendo depender mais de contextos de socialização alargados, como a escola e os pares (Eisenberg et al., 2015). Embora o presente estudo não tenha como objetivo central a análise isolada dos efeitos dos programas, este resultado pode ainda ser interpretado segundo as características dos participantes, uma vez que os fatores de risco identificados se relacionavam sobretudo com dificuldades parentais e contextos familiares adversos, e não com défices iniciais no comportamento pró-social, que se encontrava relativamente preservado.

Importa salientar que, apesar da equivalência global entre os grupos, foram identificadas diferenças no primeiro momento de avaliação, com o grupo STP a apresentar níveis mais elevados de sobrereatividade parental, uma tendência para maiores níveis de stress e depressão parentais, e níveis mais baixos no comportamento pró-social das crianças (ainda que normativos), comparativamente com o GTP. Estas famílias eram seguidas pelas CPCJ ou EMAT (serviços de proteção) com uma medida aplicada de apoio junto dos pais, o que pode representar maior risco das famílias para a utilização de estratégias parentais menos eficazes.

No domínio das práticas parentais, não se observaram interações significativas entre o programa e o formato de intervenção, indicando que tanto o formato grupal como o individual conduziram a um padrão de melhoria semelhante nos níveis de hostilidade, permissividade e sobrereatividade. Verifica-se, assim, que o formato do programa não exerceu um papel diferenciador, tal como descrito na meta-análise de Mathijs e colaboradores (2024), onde também não se identificaram diferenças significativas entre formatos na melhoria das competências parentais. À luz do enquadramento teórico, estes dados corroboram a perspetiva de que as competências parentais promovidas pelo Triplo P são altamente estruturadas e transferíveis (Sanders et al., 2014), podendo ser adquiridas em diversos contextos.

Quanto à saúde mental parental, os resultados revelaram uma interação significativa entre o programa e o formato apenas para a depressão, com o grupo STP a apresentar níveis iniciais mais elevados e uma redução mais acentuada ao longo do tempo, convergindo com o grupo GTP no seguimento. Considerando os pontos de corte clínicos do DASS (Lovibond & Lovibond, 1995), o grupo STP situava-se, inicialmente, em níveis leves de sintomatologia depressiva, evoluindo para níveis normativos após a intervenção, enquanto o grupo GTP se manteve em níveis normativos ao longo do tempo. Relativamente à ansiedade e ao stress, ambos os grupos apresentaram níveis dentro da faixa normal ao longo do tempo, ainda que o grupo STP evidenciasse valores ligeiramente superiores em M1, particularmente no stress, aproximando-se do valor de referência clínica. Estes resultados sugerem uma melhoria na sintomatologia depressiva com relevância clínica no grupo STP. Contudo, a pequena magnitude do efeito de interação na depressão sugere que esta diferença entre formatos, embora estatisticamente significativa, apresenta uma expressão limitada. Este dado contraria as expectativas formuladas com base na literatura, que apontava para uma maior eficácia do formato grupal na redução da depressão, explicada pelo suporte social e aumento do sentimento de pertença (Barlow et al., 2016; Mathijs et al., 2024). Assim, estes resultados não suportam a ideia da existência de uma vantagem do formato de grupo neste domínio, sugerindo antes que

a eficácia pode depender de outros fatores, nomeadamente do nível de risco e vulnerabilidade inicial das famílias.

Neste sentido, o *Family Stress Model* (Masarik & Conger, 2017) oferece um enquadramento explicativo particularmente relevante. Segundo este modelo, famílias que enfrentam dificuldades económicas e se encontram em situações de vulnerabilidade social, mostram frequentemente níveis mais elevados de stress e depressão, o que dificulta a regulação emocional, afetando negativamente as práticas parentais e, consequentemente, o funcionamento das crianças. No entanto, de acordo com este modelo, estas famílias apresentam um maior potencial de mudança quando expostas a fatores de proteção (e.g., adoção de estratégias de *coping*, coesão familiar, apoio mútuo) que mitigam os seus riscos (Taylor et al., 2025). O suporte oferecido através da intervenção na parentalidade poderá ter assumido este papel protetor, especialmente para os participantes do STP, em que as famílias selecionadas, com histórico de maior exposição a situações de risco que as famílias do GTP, se encontravam com níveis iniciais de sobre-reatividade mais elevados. Segundo esta perspetiva, a maior redução dos níveis de depressão no grupo STP pode ser interpretada como um efeito de maior sensibilidade à intervenção em contextos de maior vulnerabilidade, sendo o formato individual particularmente adequado para responder a estas necessidades, dado o seu carácter mais intensivo e personalizado (Mathijs et al., 2024).

No que concerne ao comportamento das crianças, os resultados evidenciam interações significativas entre o programa e o formato, de magnitude moderada, para os problemas de comportamento e para o total de dificuldades, indicando trajetórias de mudança distintas entre os grupos, o que não vai inteiramente ao encontro do que se antecipou. Embora estas interações tenham sido significativas nas análises multivariadas, os efeitos não se confirmaram nas análises univariadas, o que sugere pouca robustez dos resultados. As crianças pertencentes ao grupo STP evidenciaram uma diminuição gradual dos problemas de comportamento e do total de dificuldades ao longo do tempo. Por outro lado, no grupo GTP houve maior variabilidade, com uma redução mais acentuada entre a avaliação pré-intervenção e pós-intervenção (M2). Após M2, observou-se uma tendência de convergência entre os grupos até à avaliação de seguimento, sugerindo que, apesar de ritmos distintos, ambos os formatos conduzem a melhorias semelhantes a médio/longo prazo, isto é, o impacto do formato tende a dissipar-se ao longo do tempo, resultando em efeitos globalmente semelhantes.

Os resultados podem ser explorados, em estudos futuros, à luz de um modelo de mediação, no qual as mudanças no ajustamento psicológico dos pais poderão influenciar, de forma indireta, os comportamentos da criança. Dado que os participantes do grupo STP apresentavam

inicialmente maior sobrereatividade e sintomatologia depressiva ligeira, é plausível que as melhorias se tenham verificado primeiro nestas dimensões parentais. A tradução dessas melhorias parentais em alterações comportamentais nas crianças poderá ocorrer de forma mais lenta, por depender de processos mediadores no sistema relacional familiar (Gardner et al., 2006; Sanders et al., 2014). Por outro lado, o padrão observado no grupo GTP pode sugerir uma diminuição mais rápida nos problemas de comportamento das crianças, possivelmente associada à partilha de experiências em contexto grupal, que favorece processos de modelagem, aprendizagem vicariante e normalização, promovendo desde cedo a adoção de diferentes estratégias de gestão comportamental (Barlow et al., 2016). Em contraste, a intervenção individual, ao permitir uma adaptação contínua às necessidades específicas da díade pais-criança, poderá promover mudanças mais graduais, mas potencialmente mais consistentes no tempo.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiramente, os dados resultam de uma integração de amostras provenientes de projetos de investigação distintos, o que poderá ter contribuído para as diferenças iniciais observadas entre grupos e limitar a comparabilidade das condições. Pela mesma razão, não foi possível analisar potenciais variáveis moderadoras, o que limita a compreensão de fatores que possam influenciar o impacto do formato de intervenção. É ainda de considerar que as variações nos momentos de seguimento (entre três e seis meses no formato individual e aos seis meses no formato grupal) podem levar a uma interpretação dos efeitos através de uma comparação entre condições menos equivalente no tempo. Além disto, a utilização de medidas que se basearam apenas no relato dos pais/cuidadores, aumenta a possibilidade de viés associado à sua desejabilidade social e percepção subjetiva.

Face a estas limitações, investigações futuras deverão procurar aprofundar os mecanismos subjacentes às diferenças observadas entre formatos, nomeadamente através da análise de moderadores (e.g., nível de risco familiar, características sociodemográficas e gravidade dos comportamentos das crianças). Será igualmente pertinente examinar a estabilidade dos efeitos a longo prazo, assegurando a equivalência temporal na avaliação de seguimento entre grupos. Adicionalmente, recomenda-se o uso de desenhos metodológicos que incluam a randomização dos participantes e a integração de múltiplas fontes de avaliação, inclusive medidas observacionais das interações pais-criança, complementando os dados de auto e heterorrelato. Por fim, pode também ser oportuno explorar se a combinação sequencial de formatos (e.g., sessões de intervenção individual seguidas de grupo) maximizaria ou não os benefícios dos programas, especialmente para famílias de maior risco.

Em suma, os resultados sugerem que a maior eficácia dos programas em certas dimensões não depende exclusivamente do formato de intervenção, mas da adequação entre este e o perfil das famílias. Em contextos de maior risco psicossocial, intervenções individuais podem revelar-se mais ajustadas às necessidades específicas das famílias, não dependendo necessariamente dos mecanismos de suporte social associados ao formato de grupo para produzir melhorias na saúde mental. O formato grupal surge como uma alternativa eficaz e potencialmente mais eficiente em termos de alocação de recursos, particularmente adequada a famílias com perfis de risco menos complexos. Reforça-se a importância de considerar estes fatores ao tomar decisões relativamente à modalidade de implementação dos programas de parentalidade, com foco numa utilização mais estratégica e eficaz dos recursos disponíveis.

Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Arnold, D. S., O’Leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5(2), 137-144. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.137>
- Avezum, M. D. M. d. M., Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2023). Spanking and corporal punishment parenting practices and child development: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3094-3111. <https://doi.org/10.1177/15248380221124243>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A., & National Inst of Mental Health. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.
- Barlow, J., Bergman, H., Kornør, H., Wei, Y., & Bennett, C. (2016). Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003680.pub3>
- Bauer, R. M. (2007). Evidence-based practice in psychology: Implications for research and research training. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 685-694. <https://doi.org/10.1002/jclp.20374>
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. <https://doi.org/10.2307/1126611>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1, Pt.2), 1-103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>

- Borkowski, J. G., Smith, L. E., & Akai, C. E. (2007). Designing effective prevention programs: How good science makes good art. *Infants & Young Children*, 20(3), 229-241. <https://doi.org/10.1097/01.IYC.0000277754.16185.6b>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Chen, M., & Chan, K. L. (2016). Effects of parenting programs on child maltreatment prevention: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(1), 88-104. <https://doi.org/10.1177/1524838014566718>
- Chen, Q., Zhu, Y., & Chui, W. H. (2021). A meta-analysis on effects of parenting programs on bullying prevention. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(5), 1209–1220. <https://doi.org/10.1177/1524838020915619>
- Chen, X., Dong, Q., & Zhou, H. (1997). Authoritative and authoritarian parenting practices and social and school performance in Chinese children. *International Journal of Behavioral Development*, 21(4), 855-873. <https://doi.org/10.1080/016502597384703>
- Clayborne, Z. M., Kingsbury, M., Sampasa-Kinyaga, H., Sikora, L., Lalande, K. M., & Colman, I. (2021). Parenting practices in childhood and depression, anxiety, and internalizing symptoms in adolescence: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(4), 619-638. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01956-z>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers

- Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Practical issues in parenting* (2nd ed., pp. 243-267). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cruz, O., & Abreu-Lima, I. (2013). *ES: Escala Parental*. <https://hdl.handle.net/10216/71010>
- Cruz, O., Almeida, A., & Nunes, C. (2023). Mapping parenting interventions in Portugal. In C. Devaney & R. Crosse, *International perspectives on parenting support and parental participation in children and family services* (1.^a ed., pp. 51-66). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003334248-5>
- de Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008a). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on parenting: A meta-analysis. *Family Relations*, 57(5), 553-566. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2008.00522.x>
- de Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008b). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: A meta-analysis. *Behavior modification*, 32(5), 714-735. <https://doi.org/10.1177/0145445508317134>
- Diamond, A. (2002). Normal development of prefrontal cortex from birth to young adulthood: Cognitive functions, anatomy, and biochemistry. In D. T. Stuss & R. T. Knight (Eds.), *Principles of frontal lobe function* (pp. 466-503). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195134971.003.0029>
- Dix, T., & Meunier, L. N. (2009). Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of 13 regulatory processes. *Developmental Review*, 29(1), 45-68. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2008.11.002>
- Dunst, C. J. (2023). Meta-analyses of the relationships between family systems practices, parents' psychological health, and parenting quality. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 20(18), 6723.

<https://doi.org/10.3390/ijerph20186723>

Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3), 327-350.

<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>

Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Knafo-Noam, A. (2015). Prosocial development. In M. E. Lamb & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology and developmental science: Socioemotional processes* (7th ed., pp. 610-656). John Wiley & Sons,

Inc.. <https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy315>

Evans, G., Li, D., & Whipple, S. (2013). Cumulative risk and child development.

Psychological Bulletin, 139, 1342-1396. <https://doi.org/10.1037/a0031808>

Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., Mościcki, E. K., Schinke, S., Valentine, J. C., & Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6(3), 151–175.

<https://doi.org/10.1007/s11121-005-5553-y>

Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Campbell Systematic Reviews*, 8(1), 1–239.

<https://doi.org/10.4073/csr.2012.12>

Gardner, F., Burton, J., & Klimes, I. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11),

1123-1132. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01668.x>

- Gardner, F., Montgomery, P., & Knerr, W. (2016). Transporting evidence-based parenting programs for child problem behavior (age 3-10) between countries: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45(6), 749-762. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1015134>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458-490. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.106.3.458>
- Gubbels, J., van der Put, C. E., & Assink, M. (2019). The effectiveness of parent training programs for child maltreatment and their components: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2404. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132404>
- IBM Corp. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Version 27.0) [Computer software]. IBM Corp.
- Jeong, J., Franchett, E. E., Ramos de Oliveira, C. V., Rehmani, K., & Yousafzai, A. K. (2021). Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 18(5), e1003602. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602>
- 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(4), 567–589. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9201-9>

- Leijten, P., Gardner, F., Melendez-Torres, G. J., van Aar, J., Hutchings, J., Schulz, S., Knerr, W., & Overbeek, G. (2019). Meta-analyses: Key parenting program components for disruptive child behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(2), 180-190. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.900>
- Leijten, P., Raaijmakers, M., Castro, B., Ban, E. & Matthys, W. (2017). Effectiveness of the Incredible Years Parenting Program for families with socioeconomically disadvantaged and ethnic minority backgrounds, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46, 59-73. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1038823>
- Li, N., Peng, J., & Li, Y. (2021). Effects and moderators of Triple P on the social, emotional, and behavioral problems of children: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 709851.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561-592. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(98\)00100-7](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(98)00100-7)
- Lovibond SH, & Lovibond PF. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd. ed)*. Sydney, Australia: Psychology Foundation.
- Masarik, A. S., & Conger, R. D. (2017). Stress and child development: A review of the Family Stress Model. *Current Opinion in Psychology*, 13, 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.05.008>
- Mathijs, L., Van Petegem, S., Melendez-Torres, G. J., Backhaus, S., Gardner, F., & Leijten, P. (2024). Group-based versus individual parenting programs: A meta-analysis of effects on parents. *Journal of Family Psychology*, 38(8), 1109-1118. <https://doi.org/10.1037/fam0001273>

- Morran, K. D., Stockton, R., Cline, R. J., & Teed, C. (1998). Facilitating feedback exchange in groups: Leader interventions. *Journal for Specialists in Group Work*, 23(3), 257-268. <https://doi.org/10.1080/01933929808411399>
- Morris, A., Robinson, L., Hays-Grudo, J., Claussen, A., Hartwig, S. & Treat, A. (2017). Targeting parenting in early childhood: A public health approach to improve outcomes for children living in poverty. *Child Developmental*, 88, 388-397. <https://doi.org/10.1111/cdev.12743>
- Niec, L. N., Hemme, J., Yopp, J., & Brestan, E. (2005). Parent–child interaction therapy: The rewards and challenges of a group format. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(1), 113-125. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80046-X](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80046-X)
- Nogueira, S. C. L. (2021). *Triplo P de Grupo: Avaliação dos efeitos a curto e longo prazo de um programa de parentalidade positiva nos pais e nas crianças* [Tese de doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/135844>
- Nogueira, S., Abreu-Lima, I., Canário, C., & Cruz, O. (2021, January 20). Dataset of the results reported on "Group Triple P - a randomized controlled trial with low-income mothers". <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/K9E58>
- Nogueira, S., Canário, A. C., Abreu-Lima, I., Teixeira, P., & Cruz, O. (2022). Group Triple P intervention effects on children and parents: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2113. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042113>
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: Effectiveness and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(3), 114-144. <https://doi.org/10.1007/s10567-008-0033-0>

- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (Eds.). (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. The National Academies Press.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- 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). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10468-002>
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873-932. <https://doi.org/10.1037/dev0000295>
- Pinquart, M., & Gerke, D.-C. (2019). Associations of parenting styles with self-esteem in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 28(8), 2017-2035. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01417-5>
- Pinto, R., Canário, C., Leijten, P., Rodrigo, M. J., & Cruz, O. (2024). Implementation of parenting programs in real-world community settings: A scoping review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27(1), 74-90. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00465-0>
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.330>
- Ribas, L. H., Montezano, B. B., Nieves, M., Kampmann, L. B., & Jansen, K. (2024). The role of parental stress on emotional and behavioral problems in offspring: A systematic

- review with meta-analysis. *Jornal de Pediatria*, 100(6), 565-585.
<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2024.02.003>
- Sameroff, A. (Ed.). (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11877-000>
- Sanders, M. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Toward an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 71-90. <https://doi.org/10.1023/A:1021843613840>
- Sanders, M. (2003). Triple P – Positive Parenting Program: A population approach to promoting competent parenting. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2, 127-143. <https://doi.org/10.5172/jamh.2.3.127>
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 337-357.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>
- Sanders M. R. (2023). The Triple P System of evidence-based parenting support: Past, present, and future Directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(4), 880-903. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00441-8>
- Shanley, J. R., & Niec, L.N. (2010). Coaching parents to change: The impact of in vivo feedback on parents' acquisition of skills. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(2), 282-287. <https://doi.org/10.1080/15374410903532627>
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Dornbusch, S. M., & Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: authoritative parenting, school involvement, and

- encouragement to succeed. *Child Development*, 63(5), 1266-1281.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1992.tb01694.x>
- Stormshak, E. A., Bierman, K. L., McMahon, R. J., & Lengua, L. J. (2000). Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(1), 17-29.
https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2901_3
- Taylor, Z. E., Masarik, A. S., & Hernández, M. M. (2025). Integrating resilience processes in the family stress model. *Journal of Family Psychology*, 39(8), 1051-1059. <https://doi.org/10.1037/fam0001424>
- Tottenham, N., & Sheridan, M. (2010). A review of adversity, the amygdala and the hippocampus: A consideration of developmental timing. *Frontiers in Human Neuroscience*, 3, 1-18. <https://doi.org/10.3389/neuro.09.068.2009>
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1993). What really happens in parent training? *Behavior Modification*, 17(4), 407-456. <https://doi.org/10.1177/01454455930174002>
- Wickramaratne, P. J., Yangchen, T., Lepow, L., Patra, B. G., Glicksburg, B., Talati, A., Adekkanattu, P., Ryu, E., Biernacka, J. M., Charney, A., Mann, J. J., Pathak, J., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2022). Social connectedness as a determinant of mental health: A scoping review. *PloS One*, 17(10), e0275004.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275004>
- Wong, T. K., Konishi, C., & Kong, X. (2021). Parenting and prosocial behaviors: A meta-analysis. *Social Development*, 30(2), 343-373. <https://doi.org/10.1111/sode.12481>
- World Health Organization. (2022). *WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent–child relationships with children aged 0–17 years*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240065505>

Yeung, J. W., Chen, H. F., Lo, H. H., & Choi, A. W. (2017). Relative effects of parenting practices on child development in the context of family processes. *Revista de Psicodidáctica (English Ed.)*, 22(2), 102-110.

