U.PORTO

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA

Intervenção Standard Triplo P: Efeitos no ajustamento psicológico e qualidade de vida em pais e crianças expostas a fatores de vulnerabilidade

Mariana Ferreira Serrano

M

2026

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

INTERVENÇÃO STANDARD TRIPLO P: EFEITOS NO AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA EM PAIS E CRIANÇAS EXPOSTAS A FATORES DE VULNERABILIDADE

Mariana Ferreira Serrano

Novembro 2026

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

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações do/da autor/a no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto concetuais 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.

Sem prejuízo do disposto anteriormente, a autora declara que recorreu a ferramentas de Inteligência Artificial durante o processo de elaboração deste trabalho. Em particular, utilizou-se a plataforma NotebookLM (Google, 2024) e a ferramenta Perplexity (Perplexity AI, 2024) como apoio auxiliar em tarefas de revisão linguística, reformulação de excertos, melhoria da clareza e fluidez textual, organização de ideias e verificação pontual da conformidade com normas de escrita académica. O recurso a estas ferramentas limitou-se aos usos descritos, mantendo-se as ideias, a análise, a interpretação dos resultados, a elaboração científica e a redação inicial da Dissertação integralmente da responsabilidade da autora.

Informações Adicionais

A presente dissertação usa dados secundários do projeto "Sucesso da reunificação familiar após a institucionalização da criança: Avaliação da efetividade de uma intervenção de parentalidade positiva" (REUNIRmais, PTDC/SOC-ASO/31727/2017) e do projeto "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" (RealFamilies, 2022.04975.PTDC, https://doi.org/10.54499/2022.04975.PTDC), coordenados pela Professora Doutora Ana Catarina Canário e pela Professora Doutora Orlanda Cruz, promovidos pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), e financiados pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Resumo

Os programas parentais baseados na evidência são ferramentas relevantes para promover as competências de parentalidade positiva dos cuidadores e o desenvolvimento das crianças. Contudo, famílias acompanhadas por serviços de proteção e ação social enfrentam vulnerabilidades que aumentam o stress dos cuidadores e constituem um risco acrescido para o bem-estar das famílias e, em particular, das crianças. Este estudo analisou o efeito do Standard Triplo P (STP) no ajustamento psicológico dos cuidadores (stress percebido, sintomas de depressão, ansiedade e stress, mal-estar geral e stress parental) e no stress das crianças, bem como nos ganhos acumulados em Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (QALYs) infantis. Num desenho quase-experimental com dois grupos, compararam-se 50 famílias no STP e 60 no cuidado habitual, com avaliações pré, pós-intervenção e *follow-up* aos 3 meses. Os cuidadores que receberam o programa apresentaram reduções significativas no stress percebido, sintomas depressivos, mal-estar psicológico e stress parental em comparação com o grupo de controlo, mantendo os ganhos no *follow-up*. No stress reportado pelas crianças, não se verificaram alterações significativas entre os grupos. Em contrapartida, a avaliação económica revelou ganhos substanciais em QALYs infantis acumulados a favor do STP nos resultados apurados junto dos cuidadores e das crianças, com elevada magnitude de efeito e forte convergência entre informadores. Os dados confirmam efeitos positivos do STP na melhoria da saúde mental dos cuidadores e na qualidade de vida das crianças. Estes resultados fundamentam a relevância clínica e económica da utilização alargada de programas parentais baseados na evidência no sistema de proteção.

Palavras-chave: Standard Triplo P, parentalidade positiva, ajustamento psicológico, Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (QALYs), serviços de proteção e ação social.

Abstract

Evidence-based parenting programs are relevant tools for promoting parents' positive parenting skills and child development. However, families engaged with child protection and social services face vulnerabilities that increase caregiver stress and pose an increased risk to the well-being of families and, particularly, children. The current study analyzed the effect of Standard Triple P (STP) on caregivers' psychological adjustment (perceived stress, symptoms of depression, anxiety and stress, general distress, and parenting stress) and children's stress, as well as accumulated gains in child Quality-Adjusted Life Years (QALYs). In a two-group quasi-experimental design, 50 families in STP were compared with 60 in care-as-usual, with pre-, post-intervention, and 3-month follow-up assessments. Caregivers who received the program showed significant reductions in perceived stress, depressive symptoms, psychological distress, and parenting stress compared to the control group, maintaining gains at follow-up. Regarding child-reported stress, no significant changes were found between groups. In contrast, the economic evaluation revealed substantial gains in accumulated child QALYs favoring STP in the outcomes reported by both caregivers and children, with large effect sizes and strong convergence across informants. Results reveal positive program effects, improving caregivers' mental health and children's quality of life. These findings substantiate the clinical and economic relevance of broadening the use of evidence-based parenting programs within the child protection system.

Keywords: Standard Triple P, positive parenting, psychological adjustment, Quality-Adjusted Life Years (QALYs), child protection and social services.

Índice

1. Introdução 1

1.1 Exercício Parental e Vulnerabilidade Psicossocial em Portugal 1

1.2. Programas Parentais Baseados na Evidência e o Standard Triplo P 3

1.3. Eficácia dos Programas Parentais: Efeitos nos Cuidadores, nas Crianças e na Qualidade de Vida 4

1.4. O presente estudo 5

2. Método 7

2.1. Desenho do Estudo e Participantes 7

2.2. Procedimento 10

2.3. Instrumentos 10

2.4. Análise de dados 13

3. Resultados 15

3.1. Análise de Desistência e Perda de Participantes 15

3.2. Efeitos do Programa no Ajustamento Psicológico e Stress dos Cuidadores 16

3.3. Avaliação do Stress Psicológico e Fisiológico das Crianças 21

3.4. Avaliação das Utilidades de Saúde e QALYs Acumulados 22

4. Discussão 24

4.1 Enquadramento e Objetivos do Estudo 24

4.2. Efeitos no Ajustamento Psicológico e Stress dos Cuidadores 24

4.3. Efeitos no Stress Percebido pelas Crianças 25

4.4. Avaliação das Utilidades de Saúde e QALYs Acumulados 26

4.5. Limitações e Forças do estudo 27

4.6. Implicações Práticas e Pistas para Investigação Futura 29

5. Conclusão 31

6. Referências Bibliográficas 32

Índice de Abreviaturas

APA – *American Psychological Association*

AUC – *Area Under the Curve* (Área Sob a Curva)

CAU – *Care-as-Usual* (Cuidado Habitual)

CHU9D – *Child Health Utility 9D*

CNPDPCJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

CPCJ – Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

DASS-21 – *Depression Anxiety Stress Scales-21*

FPCEUP – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

GC – Grupo de Controlo

GHQ-12 – *General Health Questionnaire-12*

GI – Grupo de Intervenção

M1 – Momento 1 (Pré-intervenção)

M2 – Momento 2 (Pós-intervenção)

M3 – Momento 3 (*Follow-up*)

MUSIC – *Maastricht University Stress Instrument for Children*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PPBE – Programas Parentais Baseados na Evidência

PSI-SF – *Parenting Stress Index-Short Form*

PSS-10 – *Perceived Stress Scale-10*

QALYs – *Quality-Adjusted Life Years* (Anos de Vida Ajustados pela Qualidade)

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

RSI – Rendimento Social de Inserção

STP – *Standard* Triplo P

1. Introdução

1.1 Exercício Parental e Vulnerabilidade Psicossocial em Portugal

A parentalidade e a qualidade das dinâmicas relacionais estabelecidas entre cuidadores e crianças constituem o pilar fundamental do desenvolvimento humano. O exercício do papel parental, através de práticas educativas calorosas, responsivas, estruturadas e consistentes, num ambiente seguro e estimulante, promove a regulação emocional, o desenvolvimento cerebral, a aquisição de competências socioemocionais e o estabelecimento de uma vinculação segura na infância (Haslam et al., 2016; Sanders et al., 2014). A fundamentação científica do apoio à parentalidade assenta no pressuposto de que os pais, no seu quotidiano, exercem um efeito determinante na saúde física, na saúde mental e na trajetória adaptativa dos seus filhos (Sanders, 2012). Assim, a parentalidade positiva carateriza-se pelo respeito pelo superior interesse da criança, capacitando os cuidadores para estabelecerem limites claros e disciplina assertiva, sem recurso a práticas coercivas ou punitivas. Em contrapartida, o contacto continuado com práticas disciplinares severas, inconsistentes ou agressivas, associado à exposição a psicopatologia ou elevado stress parental, compromete a qualidade do clima familiar e relaciona-se com um risco acrescido de desenvolvimento de problemas de comportamento externalizados, tais como a agressividade e a oposição, bem como de manifestações internalizadas, incluindo a ansiedade e a sintomatologia depressiva na infância e adolescência (Abreu-Lima, 2018; Sanders, 2012).

Num enquadramento mais amplo de saúde pública, estima-se que cerca de 13% das crianças e jovens em todo o mundo vivam com uma perturbação mental, situando-se a prevalência entre os 7.6% nas crianças dos 5 aos 9 anos e os 13.5% nos jovens dos 10 aos 14 anos (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022). Considerando que as dificuldades emocionais e comportamentais manifestadas precocemente tendem a persistir e a agravar-se ao longo do percurso de desenvolvimento quando não intervencionadas (Li et al., 2021), a OMS (2022) sublinha que a capacitação das famílias e a promoção de competências parentais representam estratégias de primeira linha altamente eficazes para prevenir o agravamento destas problemáticas, reduzir o impacto nos serviços de saúde e promover o bem-estar infantojuvenil.

Em Portugal, a vivência da parentalidade desenvolve-se sob condições socioeconómicas e psicossociais muito diversas, existindo agregados expostos a acentuados fatores de vulnerabilidade. Famílias confrontadas com pobreza económica, instabilidade laboral, habitação precária, isolamento social e fraca rede de suporte comunitário vivenciam fatores de stress ambientais acumulados, que sobrecarregam o funcionamento diário e reduzem os

recursos psicológicos disponíveis para o exercício da parentalidade (Coutinho et al., 2012; Haslam et al., 2016). Nestas circunstâncias de adversidade, a acumulação de dificuldades socioeconómicas e emocionais eleva a vulnerabilidade do sistema familiar, associando-se ao risco de ocorrência de situações de negligência nos cuidados básicos, exposição a conflito interparental ou violência doméstica, e a patamares elevados de stress no desempenho das funções educativas (Odgers et al., 2012).

Para proteger as crianças expostas a estes contextos de risco e apoiar as respetivas famílias, o enquadramento legal português, através da *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo* (Lei n.º 147/99), estabelece que a intervenção protetiva deve orientar-se primordialmente pelo superior interesse da criança, privilegiando a capacitação da família e a manutenção da criança no seu meio natural de vida, sempre que exequível. No âmbito dos serviços de proteção e ação social, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e os serviços de ação social desempenham um papel estruturante na sinalização, avaliação e acompanhamento destas famílias. Para aferir o nível de vulnerabilidade e caraterizar os agregados acompanhados por estes serviços, a prática institucional recorre a indicadores objetivos de carência económica e risco psicossocial. Entre estes, o acesso a prestações sociais estatais de suporte ao rendimento, designadamente o Rendimento Social de Inserção (RSI), constitui um marcador estatal objetivo de pobreza extrema e exclusão social, assinalando agregados sob elevado risco psicossocial (Baptista & Cabrita, 2009; Coutinho et al., 2012).

A relevância crucial do suporte à parentalidade nas famílias vulneráveis sobressai com clareza nos dados oficiais da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPCJ, 2025), onde as ações focadas na promoção de competências parentais representaram 42.9% do total das intervenções comunitárias desenvolvidas pelas CPCJ, constituindo a segunda área de intervenção mais frequente junto das famílias sinalizadas. No relatório mais recente (CNPDPCJ, 2026), confirma-se que a negligência e a exposição a violência doméstica se mantêm como as principais tipologias de perigo que motivam a intervenção protetiva no país. Das medidas de promoção e proteção aplicadas, a esmagadora maioria (cerca de 95%) é executada em meio natural de vida, o que demonstra que a intervenção protetiva em Portugal prioriza a manutenção da criança no seio familiar, justificando de forma direta a urgente necessidade de intervir junto dos próprios cuidadores. Por outro lado, enquanto na população geral a prevalência de perturbações emocionais e comportamentais clínicas na infância se situa habitualmente entre os 8% e os 14% (OMS, 2022), no contexto das CPCJ e da ação social essa proporção atinge patamares significativamente mais elevados, oscilando entre

os 40% e os 50% (CNPDPCJ, 2026; Nogueira et al., 2021). Esta acentuada disparidade reflete a complexidade das problemáticas atendidas no sistema de proteção e ação social e fundamenta a urgência de disponibilizar programas parentais estruturados, validados e adaptados a contextos de elevada vulnerabilidade psicossocial.

1.2. Programas Parentais Baseados na Evidência e o Standard Triplo P

Face à necessidade de intervir eficazmente junto de famílias em situação de vulnerabilidade, têm sido desenvolvidos e disseminados Programas Parentais Baseados na Evidência (PPBE). Os PPBE definem-se como intervenções estruturadas e manualizadas, fundamentadas em quadros teóricos consolidados, cujos conteúdos e procedimentos demonstraram empiricamente a sua eficácia através de protocolos formais de avaliação (Bornstein et al., 2022; Canário et al., 2025a). A utilização de manuais de intervenção detalhados assegura a fidelidade de implementação por parte dos técnicos e garante a replicabilidade dos resultados em diferentes contextos da prática real. Ao nível das suas componentes operacionais, estes programas caraterizam-se pelo treino ativo de competências parentais, recorrendo a estratégias pedagógicas, tais como a modelação comportamental, o ensaio prático durante as sessões, o *feedback* técnico e o estabelecimento de metas autorreguladas pelos próprios pais (Kaminski et al., 2008).

Em Portugal, embora existam diversas respostas comunitárias de apoio à parentalidade (Abreu-Lima, 2018; Coutinho et al., 2012), o sistema Triplo P - Programa de Parentalidade Positiva (*Triple P - Positive Parenting Program*), destaca-se, no plano internacional e nacional, como um dos modelos de intervenção de base populacional mais estudados, validados e extensamente disseminados (Haslam & Burke, 2018; Sanders et al., 2014). O Triplo P está concetualizado como um sistema multinível flexível, composto por cinco níveis de intensidade crescente, desenhado para otimizar os recursos comunitários e responder de forma ajustada às necessidades de cada agregado familiar, promovendo a autorregulação, a autossuficiência e a autonomia parental a longo prazo (Sanders, 2012).

Nesta tipologia multinível, o Nível 1 (Universal) constitui uma estratégia de comunicação social e sensibilização comunitária direcionada para a população em geral, com o objetivo de divulgar estratégias genéricas de parentalidade positiva e desmistificar as dificuldades do papel parental. Os Níveis 2 e 3 disponibilizam intervenções breves e direcionadas para dificuldades comportamentais ligeiras ou específicas, através de aconselhamento pontual ou *workshops* temáticos. Quando as crianças apresentam problemas de comportamento de intensidade moderada a severa, ou quando os pais necessitam de uma

intervenção intensiva e aprofundada, o sistema disponibiliza o Nível 4. Por fim, o Nível 5 destina-se a famílias que enfrentam stressores adicionais complexos, como elevados níveis de conflito conjugal ou dificuldades acrescidas na regulação emocional (Sanders, 2012).

No enquadramento do Nível 4, o programa disponibiliza diferentes modalidades de aplicação, nomeadamente em formato de grupo ou em formato individual, denominada Standard Triplo P (STP). O STP é um programa intensivo de treino parental concebido para capacitar os cuidadores na gestão de dificuldades emocionais e comportamentais significativas nas crianças, através de 10 sessões individuais de 60 minutos dinamizadas por um profissional credenciado (Sanders, 2012). A modalidade individual assegura uma elevada flexibilidade e personalização da intervenção, permitindo ao técnico adaptar o ritmo de aprendizagem e a aplicação das estratégias às caraterísticas, prioridades e limitações específicas de cada cuidador. A estrutura das 10 sessões abrange a avaliação inicial do comportamento da criança infantil, a identificação das causas subjacentes às dificuldades comportamentais, o ensino de estratégias de disciplina assertiva e de incentivo ao desenvolvimento, o recurso a modelação em vídeo, o ensaio comportamental, tarefas de aplicação prática em casa e o reforço da autorregulação e autocuidado parental (de Graaf et al., 2008a, 2008b). Investigações desenvolvidas em Portugal têm demonstrado a eficácia do Triplo P em formato de grupo (Nogueira et al., 2021) e, mais recentemente, a exequibilidade, aceitabilidade e implementação do formato individual STP no âmbito do sistema de proteção e ação social (Canário et al., 2025a; Pinto et al., 2026).

1.3. Eficácia dos Programas Parentais: Efeitos nos Cuidadores, nas Crianças e na Qualidade de Vida

A literatura científica sobre a eficácia dos PPBE, e do STP em particular, documenta reduções consistentes nas dificuldades comportamentais das crianças e melhorias significativas no funcionamento familiar (Beelmann et al., 2023; Li et al., 2021). Para uma compreensão abrangente destes efeitos, a investigação distingue resultados primários – alvos diretos da intervenção, como a redução dos problemas de comportamento infantis e das práticas parentais disfuncionais (Li et al., 2021; Sanders et al., 2014) e resultados secundários. Estes decorrem indiretamente da intervenção e abrangem a diminuição do stress parental, da sintomatologia depressiva e ansiosa nos pais, do mal-estar psicológico e do stress percebido dos cuidadores (Abreu-Lima, 2018; Li et al., 2021; Sanders, 2014). A relevância teórica de avaliar os resultados secundários fundamenta-se no facto de a saúde mental e o nível de stress do cuidador atuarem como determinantes centrais do clima familiar e da qualidade das práticas educativas (OMS,

2022). A diminuição do mal-estar psicológico geral e do stress parental, impulsionada pelo desenvolvimento de competências de autorregulação promovidas pelo programa, fortalece os recursos de autorregulação do cuidador, promovendo interações mais calmas, consistentes e afetuosas. Por conseguinte, a melhoria da saúde mental dos pais funciona como um mecanismo catalisador que sustenta, a longo prazo, os ganhos adaptativos e socioemocionais da criança no seu contexto de vida (Canário et al., 2025a; Haslam & Burke, 2018).

Simultaneamente, o estudo da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) em crianças tem assumido uma posição de destaque na avaliação de intervenções sociais e de saúde. A QVRS é um construto multidimensional que capta a perceção da criança e dos seus cuidadores sobre o bem-estar físico, emocional, psicológico e social infantil (Gaspar & Matos, 2008; Ravens-Sieberer et al., 2010). A recolha combinada de relatos da própria criança e de heterorrelatos dos cuidadores permite captar diferentes facetas da experiência de saúde e bem-estar no seio familiar. Contudo, enquanto a literatura sobre programas parentais se tem focado maioritariamente em desfechos sintomatológicos da criança, a integração de métricas de utilidades de saúde que permitam traduzir a QVRS em Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (*Quality-Adjusted Life Years,* QALYs) tem sido ainda pouco explorada em populações vulneráveis (Chen et al., 2015).

A métrica dos QALYs combina num indicador único a quantidade e a qualidade de vida ganha na sequência de uma intervenção. A estimativa dos ganhos acumulados em QALYs infantis ao longo do tempo possibilita a realização futura de análises económicas formais de custo-efetividade e utilidade, oferecendo aos decisores políticos dados objetivos sobre o retorno social e a eficiência do investimento em PPBE no sistema de proteção e ação social (Chen et al., 2015).

1.4. O presente estudo

A presente dissertação enquadra-se nos projetos de investigação REUNIRmais e *RealFamilies* (FPCEUP/FCT), implementado em serviços de apoio à família disponíveis em contextos comunitários, para avaliar os efeitos do programa e a implementação do STP com famílias expostas a fatores de vulnerabilidade (Canário et al., 2025b; Pinto et al., 2026).

Procurando contribuir para o aprofundamento da evidência nacional, o presente estudo centra-se na avaliação integrada dos efeitos do STP em domínios secundários da saúde mental dos cuidadores (stress parental, sintomatologia depressiva e ansiosa, stress percebido e mal-estar psicológico geral), no stress diário percebido pelas crianças e nos ganhos acumulados em QALYs percebidos por ambos. Acompanhando a estrutura metodológica e o desenho

longitudinal quase-experimental definidos nos projetos de investigação REUNIRmais e *RealFamilies*, o presente estudo analisa os dados de cuidadores e crianças ao longo do tempo, comparando os efeitos da participação no STP com o acompanhamento comunitário habitual disponibilizado pelos serviços de proteção e ação social.

Neste sentido, os objetivos do presente estudo são: (1) avaliar os efeitos do programa no ajustamento psicológico e no stress dos cuidadores principais, contemplando o stress percebido, o mal-estar psicológico geral, a sintomatologia psicopatológica (depressão, ansiedade e stress) e o stress parental; (2) analisar os efeitos do STP no stress diário percebido pelas crianças; e (3) avaliar o efeito do programa nos ganhos acumulados em QALYs nas crianças, numa perspetiva de avaliação económica (Chen et al., 2015). Com esta abordagem, espera-se reforçar a importância da disseminação de programas parentais baseados na evidência em Portugal, especialmente junto de populações vulneráveis, promovendo, não só práticas parentais positivas, mas também o bem-estar das famílias e o reforço das respostas dos serviços de proteção e ação social.

2. Método

2.1. Desenho do Estudo e Participantes

O presente estudo usa dados secundários dos projetos de investigação REUNIRmais e *RealFamilies* (Canário et al., 2021, 2025b) que têm um desenho quase-experimental de medidas repetidas com um grupo de intervenção (GI) e um grupo de controlo (GC). Os participantes foram avaliados ao longo de três momentos: pré-intervenção (Momento 1; M1), pós-intervenção (Momento 2; M2) e *follow-up* (Momento 3; M3), decorridos 3 meses após o término do programa.

Os participantes foram recrutados através de CPCJ e de Serviços de Ação Social no distrito do Porto, tratando-se de crianças e famílias sinalizadas por vulnerabilidade psicossocial. Do total de participantes integrados nos projetos-mãe, foram selecionadas para o presente estudo 110 díades (cuidador principal e criança com idades entre os 3 e os 13 anos) que cumpriam os critérios de elegibilidade e apresentavam dados completos em, pelo menos, dois momentos de avaliação (pré-intervenção e pós-intervenção e/ou *follow-up*). Foram recolhidas informações sociodemográficas e de enquadramento familiar relativas à idade, sexo e escolaridade das crianças e dos cuidadores, grau de parentesco, estado civil, situação profissional, estrutura e dimensão familiar, apoios sociais recebidos e entidade de sinalização. Os critérios de exclusão incluíram o diagnóstico de perturbações graves do desenvolvimento ou de défice cognitivo severo, quer no cuidador quer na criança, bem como o envolvimento ativo do cuidador em processos de reabilitação de dependências no último ano. Adicionalmente, excluíram-se díades com barreiras linguísticas impeditivas da correta compreensão do Português Europeu (Canário et al., 2021). O GI (n = 50) frequentou o programa *Standard* Triplo P (STP) individual, enquanto o GC (n = 60) manteve o cuidado habitual dos serviços comunitários (*Care-as-Usual*; CAU), sendo-lhe oferecida a frequência do STP após a última avaliação por razões éticas (Canário et al., 2021, 2025b).

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos participantes e os respetivos testes estatísticos de equivalência em M1. No que concerne às características dos cuidadores e da dimensão familiar, os grupos demonstraram uma equivalência estatística plena entre as duas condições experimentais. Em relação ao meio de residência das famílias, a maioria residia em meio urbano (56.4%), com o meio rural a representar 23.6% e o meio semi-urbano (20.0%). No que concerne à saúde e necessidades específicas das crianças, exatamente metade da amostra apresentava dificuldades comportamentais (50.0%) e 40.4% registavam dificuldades emocionais. Estes valores - substancialmente superiores às estimativas observadas

em amostras de crianças recrutadas na comunidade (8%-14%; OMS, 2022) - confirmam o perfil de elevado risco e severidade clínica da amostra, espelhando com fidelidade a população-alvo acompanhada pelas CPCJ e Serviços de Ação Social no distrito do Porto. Adicionalmente, assinalaram-se problemas de visão ou audição em 28.2% das crianças, outros problemas de saúde em 18.3% e doença crónica grave com internamentos regulares em 0.9% dos casos. No que diz respeito ao suporte económico e de ação social, a maioria esmagadora das famílias (92.3%, n = 96) beneficiava de, pelo menos, uma forma de apoio social (e.g., Apoio às Prestações Familiares, Apoios Económicos da Ação Social, Apoio em Géneros Alimentares, ou Apoio ao Arrendamento).

Tabela 1
Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Variável/Categoria	GC (*n* = 60)	GI (*n* = 50)	Total (*N* = 110)	Teste do χ^2 / *t* / Fisher
Idade do cuidador (anos), *M* (*SD*)	37.60 (8.61)	37.34 (7.85)	37.50 (8.32)	$t(82) = 0.14$, $p = .886$
Idade da criança (anos), *M* (*SD*)	9.15 (1.93)	8.36 (1.80)	8.79 (1.91)	$t(108) = 2.20$, $p = .030$*
Sexo da criança (% masculino)	40 (66.7%)	34 (68.0%)	74 (67.3%)	$\chi^2(1) = 0.02$, $p = .882$
Parentesco com a criança, *n* (%)				Fisher $p = .271$
Mãe biológica	56 (93.3%)	43 (86.0%)	99 (90.0%)	
Pai biológico	4 (6.7%)	4 (8.0%)	8 (7.3%)	
Outro (Madrasta/Avó)	0 (0.0%)	3 (6.0%)	3 (2.7%)	
Estado civil, *n* (%)				Fisher $p = .556$
Casado(a)/União de facto	24 (40.0%)	22 (44.9%)	46 (42.2%)	
Solteiro(a)	18 (30.0%)	17 (34.7%)	35 (32.1%)	
Divorciado(a)/Separado(a)	18 (30.0%)	9 (18.4%)	27 (24.8%)	
Viúvo(a)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	1 (0.9%)	
Escolaridade do cuidador, *n* (%)				Fisher $p = .262$
Até ao 6.º ano	18 (30.0%)	16 (32.0%)	34 (30.9%)	
7.º ao 9.º ano	27 (45.0%)	18 (36.0%)	45 (40.9%)	
Ensino Secundário/Superior	15 (25.0%)	16 (32.0%)	30 (28.2%)	
Estatuto ocupacional, *n* (%)				Fisher $p = .833$
Desempregado(a)	29 (48.3%)	24 (49.0%)	53 (48.6%)	
Empregado(a)	28 (46.7%)	24 (49.0%)	52 (47.7%)	
Reformado(a)/Estudante	3 (5.0%)	1 (2.0%)	4 (3.7%)	
Tipologia familiar, *n* (%)				Fisher $p = .219$
Monoparental	27 (45.0%)	25 (50.0%)	52 (47.3%)	
Biparental	20 (33.3%)	14 (28.0%)	34 (30.9%)	
Reconstituída	13 (21.7%)	7 (14.0%)	20 (18.2%)	
Outra (Avós/Guarda partilhada)	0 (0.0%)	4 (8.0%)	4 (3.6%)	
Rendimento Social de Inserção (sim), *n* (%)	23 (38.3%)	16 (32.0%)	39 (35.5%)	$\chi^2(1) = 0.48$, $p = .489$

Nota. $N = 110$ (exceto no estado civil e estatuto ocupacional, $n = 109$; idade do cuidador, $n = 84$). *$p < .05$.

2.2. Procedimento

O protocolo e os procedimentos de recolha de dados deste estudo foram aprovados pela Comissão de Ética da FPCEUP (Ref. 2020/04-2, Ref. 2021/10-07, Ref. 2023/02-10). A participação de todas as famílias assentou no consentimento informado, livre e esclarecido assinado pelos cuidadores (garantindo o anonimato, a confidencialidade e o direito de desistência) e, no caso das crianças, na recolha do respetivo assentimento verbal.

No GI, a intervenção do STP foi dinamizada em formato individual ao longo de 10 sessões semanais e presenciais, com a duração aproximada de uma hora cada. As sessões foram conduzidas por profissionais de psicologia ou serviço social devidamente credenciados no programa. Para monitorizar e garantir a fidelidade da intervenção ao modelo original do STP, os técnicos preencheram grelhas de verificação do resumo de sessão ao final de cada atendimento e participaram em sessões mensais de intervisão e supervisão entre pares (*Peer-Assisted Supervision and Support*; Sanders, 2012). No GC, os participantes mantiveram o cuidado psicossocial habitual e não-manualizado fornecido pelas equipas de referência comunitárias (Canário et al., 2021, 2025b).

A recolha de dados ocorreu em formato presencial ou digital nos três momentos de avaliação. Atendendo à presença de diferentes níveis de literacia na amostra, a aplicação dos protocolos de avaliação foi assistida ou realizada em formato de entrevista por membros da equipa de investigação sempre que necessário, assegurando a fiabilidade das respostas e o correto preenchimento dos instrumentos.

2.3. Instrumentos

2.3.1 Escala de Depressão, Ansiedade e Stress

A Escala de Depressão, Ansiedade e Stress - versão reduzida (*Depression Anxiety Stress Scale–21*; DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; adaptação portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004) é um instrumento de autorrelato de 21 itens, que avaliam a frequência de sintomas experienciados durante a última semana por adultos. São respondidos numa escala de 4 pontos, variando entre 0 (“não se aplicou nada a mim”) e 3 (“aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). Tem como objetivo avaliar sintomatologia emocional em três dimensões distintas, organizadas em subescalas de sete itens. A subescala Depressão avalia a perda de interesse e disforia; a subescala Ansiedade avalia a ativação fisiológica e o medo; e a subescala Stress avalia a tensão e irritabilidade. Pontuações mais elevadas indicam maior gravidade da sintomatologia emocional.

No estudo nacional, registaram-se coeficientes de consistência interna elevados, com alfas de Cronbach para a subescala de Depressão de .85, de .74 para a de Ansiedade e de .81 para a de Stress. No que diz respeito à presente amostra, estes também se mostraram elevados nos três momentos de avaliação. Para a subescala de Depressão, os alfas de Cronbach situaram-se em .93, .91 e .83. Na subescala de Ansiedade, registaram-se valores de .84, .84 e .89, ao passo que na subescala de Stress foram obtidos alfas de .89, .90 e .88, respetivamente para M1, M2 e M3.

2.3.2 Índice de Stress Parental

O Índice de Stress Parental - versão reduzida (*Parenting Stress Index-Short Form*; PSI-SF; Abidin, 1995), na versão portuguesa adaptada por Santos (2008), avalia o stress experienciado no exercício da parentalidade. A versão reduzida utilizada neste estudo é composta por 36 itens de autorrelato, respondidos numa escala tipo Likert de 5 pontos, variando entre 1 ("concordo completamente") e 5 ("discordo completamente").

O PSI-SF organiza-se em três subescalas de 12 itens cada. O Mal-estar Parental (*Parental Distress*) avalia o desconforto e a perceção de incompetência no papel de cuidador. A Interação Disfuncional Pais-Criança (*Parent-Child Dysfunctional Interaction*) avalia a perceção de uma relação pouco recompensadora. Por fim, a Criança Difícil (*Difficult Child*) foca-se no temperamento e comportamento do filho. Valores mais altos indicam menor stress e uma vivência parental mais gratificante e positiva.

No estudo de adaptação nacional, obtiveram-se alfas de Cronbach de .79 para a subescala de Mal-estar Parental, .95 para a de Interação Disfuncional Pais-Criança e .91 para a de Criança Difícil (Santos, 2008, citado por Nogueira et al., 2021). Na presente amostra, a consistência interna revelou-se robusta nos três momentos de avaliação. Os coeficientes de alfa obtidos para o Mal-estar Parental foram .85, .89 e .87; para a Interação Disfuncional, registaram-se valores de .87, .84 e .87; na subescala Criança Difícil, obtiveram-se alfas de .90, .91 e .93, ao passo que a pontuação global de Stress Parental Total registou coeficientes de .94, .94 e .95, respetivamente para M1, M2 e M3.

2.3.3 Questionário de Saúde Geral

O Questionário de Saúde Geral - versão reduzida (*General Health Questionnaire–12*; GHQ-12; Goldberg & Williams, 1988; versão portuguesa traduzida e adaptada por McIntyre et al., 1999) avalia a saúde mental global e o bem-estar psicológico de adultos através de 12 itens de autorrelato, respondidos numa escala de 4 pontos (0 a 3). Após a inversão dos itens 1 e 11

(de acordo com Goldberg, 1981, citado por McIntyre et al., 1999), pontuações superiores refletem maior mal-estar psicológico. Na validação nacional, o instrumento revelou um alfa de Cronbach de .91 (Laranjeira, 2008). Na presente amostra, o instrumento demonstrou uma excelente consistência interna (α = .82, .86 e .86, para M1, M2 e M3, respetivamente).

2.3.4 Escala de Stress Percebido

A Escala de Stress Percebido (*Perceived Stress Scale–10*; PSS-10; Cohen et al., 1983; adaptação portuguesa por Trigo et al., 2010) avalia a perceção de imprevisibilidade, falta de controlo e sobrecarga em situações do quotidiano. O instrumento é constituído por 10 itens de autorrelato. As opções de resposta baseiam-se numa escala de 5 pontos, variando entre 0 ("nunca") e 4 ("muito frequentemente"). Após a inversão dos itens 4, 5, 7 e 8, valores finais mais elevados traduzem um maior stress percebido. No estudo de validação nacional, registou-se um alfa de Cronbach de .87. Na presente amostra, os valores de alfa de Cronbach obtidos no M1, M2 e M3 revelaram-se elevados, sendo, respetivamente, de .84, .86 e .88.

2.3.5 Kidscreen-10

O Kidscreen-10 (Ravens-Sieberer et al., 2010; adaptação portuguesa por Gaspar & Matos, 2008) avalia, de forma global, a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) infantojuvenil. Esta investigação aplicou duas versões do questionário, cada uma com 10 itens focados na última semana. Trata-se da versão de autorrelato para as crianças (*child self-report*) e da versão de heterorrelato para os cuidadores (*parent/proxy-report*). Ambas utilizam uma escala de resposta de 5 pontos, entre 1 ("nunca/nada") e 5 ("sempre/totalmente"). As pontuações brutas totais foram obtidas por somatório dos itens, após a inversão das perguntas 3 e 4. Em seguida, estas são convertidas em *T-scores* (*M* = 50, *DP* = 10; *The KIDSCREEN Group,* 2006). Valores mais elevados nestas pontuações indicam uma melhor perceção de QVRS.

No estudo de validação portuguesa da versão de autorrelato, o instrumento revelou uma boa consistência interna com um alfa de Cronbach de .78 (Matos et al., 2012). Na amostra do presente estudo, a consistência interna revelou-se aceitável, sendo de .68, .70 e .74 na versão de autorrelato, e de .66, .70 e .86, na versão de heterorrelato, respetivamente em M1, M2 e M3.

2.3.6 Instrumento de Stress para Crianças da Universidade de Maastricht

O Instrumento de Stress para Crianças da Universidade de Maastricht (*Maastricht University Stress Instrument for Children*; MUSIC; Kraag et al., 2008; adaptação cultural portuguesa de Canário et al., 2021) avalia as fontes e os níveis de stress quotidiano na criança

por meio de autorrelato. Este questionário é composto por 20 itens respondidos numa escala de 3 pontos, variando entre 0 ("nunca") e 2 ("frequentemente").

O instrumento organiza-se em duas subescalas independentes de 10 itens cada uma. A subescala de Stress Psicológico foca-se em reações cognitivas e preocupações emocionais ligadas à escola, à família e ao grupo de pares. Complementarmente, a subescala de Stress Fisiológico avalia manifestações somáticas e corporais de stress, como dores de estômago ou dores de cabeça. As pontuações são obtidas pela média aritmética dos respetivos 10 itens de cada subescala. Valores superiores nestas médias refletem uma maior perceção de stress percebido.

Na presente amostra, os coeficientes alfa de Cronbach revelaram-se adequados ao longo do tempo. Na subescala de Stress Psicológico, os valores de consistência interna foram de .72, .82 e .88. Na subescala de Stress Fisiológico, obtiveram-se alfas de .83, .75 e .81, para M1, M2 e M3, respetivamente.

2.4. Análise de dados

Na fase de preparação dos dados, as pontuações de ambas as versões do Kidscreen-10 foram convertidas em *T-scores* (M = 50, DP = 10; *The KIDSCREEN Group*, 2006). Adicionalmente, para a avaliação das utilidades numa perspetiva de avaliação económica, as pontuações do Kidscreen-10 (autorrelato das crianças e heterorrelato dos cuidadores) foram convertidas em índices de utilidade de saúde *Child Health Utility 9D* (CHU9D) através do algoritmo de mapeamento de Chen et al. (2015). Com base nestes índices, calcularam-se os QALYs infantis acumulados ao longo do tempo, recorrendo ao método da área sob a curva (*Area Under the Curve*, AUC; Matthews et al., 1990), considerando os valores obtidos em M1, M2 e M3. Este procedimento estatístico permite ponderar as utilidades de saúde pelo intervalo temporal decorrido, captando a acumulação contínua dos ganhos em qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e permitindo comparar a trajetória do GI face ao GC (Prieto & Sacristán, 2003). Para os restantes instrumentos, as pontuações globais e dimensionais foram calculadas através da média aritmética dos respetivos itens preenchidos.

As análises estatísticas foram efetuadas no programa IBM SPSS Statistics (Versão 31.0 para Windows; IBM Corp., 2025). Para acautelar omissões residuais e prevenir perdas de casos, as pontuações das escalas e subescalas cotadas por somatório (DASS-21, PSI-SF, GHQ-12, PSS-10 e Kidscreen-10) foram calculadas multiplicando a média dos itens respondidos pelo respetivo número total de itens. O tratamento dos resultados iniciou-se por análises estatísticas preliminares. Em primeiro lugar, a análise de desistências comparou, no M1, os participantes

que completaram todos os momentos de avaliação com aqueles que desistiram no M3. Para o efeito, utilizaram-se testes *t* de Student para amostras independentes (variáveis contínuas) e testes do Qui-Quadrado de independência ou Teste Exato de Fisher (variáveis categóricas), verificando se a perda de participantes ocorreu de forma aleatória. Em segundo lugar, analisou-se a homogeneidade entre os grupos antes da intervenção em relação às características sociodemográficas e aos níveis iniciais das variáveis em estudo, recorrendo a testes do Qui-Quadrado, Teste Exato de Fisher e testes *t* de Student.

Para avaliar os efeitos do STP ao longo do tempo, o modelo principal incluiu a Análise de Variância Mista (*Mixed ANOVA* 2X3), considerando como fator intersujeitos o Grupo (GI vs. GC) e como fator intrasujeitos Tempo (M1, M2 e M3). A significância do efeito multivariado de interação Tempo × Grupo foi avaliada através da estatística do Lambda de Wilks (*Wilks' Λ*). A homogeneidade das variâncias/covariâncias foi avaliada pelo teste de Box's M e a esfericidade pelo teste de Mauchly, aplicando-se a correção de Greenhouse-Geisser quando $\varepsilon < .75$ e de Huynh-Feldt quando $\varepsilon > .75$ (Field, 2018) sempre que a suposição de esfericidade foi violada. Além disso, o teste de Levene avaliou a homogeneidade entre grupos em cada momento de avaliação. Por fim, a avaliação das utilidades numa perspetiva de avaliação económica efetuou-se através do cálculo dos QALYs acumulados, comparando o GI e o GC através do teste *t* de Student ajustado de Welch para amostras independentes (para acomodar a heterogeneidade de variâncias), sendo a dimensão do efeito quantificada pelo *d* de Cohen.

Nas interações significativas Tempo X Grupo, realizaram-se comparações de contrastes aos pares com ajustamento de Bonferroni. Para a avaliação económica das utilidades, calcularam-se os QALYs infantis acumulados, comparando o GI e o GC através do teste *t* de Student para amostras independentes (com correção de Welch quando a igualdade de variâncias não se verificou). A dimensão do efeito foi avaliada pelo eta quadrado parcial (η_p^2) para a ANOVA Mista e pelo *d* de Cohen para os testes *t*, fixando-se o nível de significância em $\alpha = .05$.

3. Resultados

3.1. Análise de Desistência e Perda de Participantes

Para avaliar a taxa de retenção e despistar potenciais vieses decorrentes das desistências no acompanhamento a longo prazo, compararam-se os participantes reavaliados no momento de *follow-up* (n = 79, 71.8%) com aqueles que desistiram ou não apresentaram dados válidos no M3 (n = 31, 28.2%). A taxa global de retenção do estudo situou-se em 71.8%. Analisou-se, em primeiro lugar, se a proporção de desistências diferia consoante a condição experimental. A taxa de desistência no GC (n = 20; 33.3%) e no GI (n = 11; 22%) não apresentou diferenças estatisticamente significativas, $\chi^2(1) = 1.73$, $p = .188$. Este resultado confirma que a alocação à condição experimental não condicionou a adesão nem a retenção das famílias ao longo do estudo.

Em segundo lugar, compararam-se as características dos participantes reavaliados e dos participantes desistentes em M1 (Tabela 2). Em oito das nove medidas analisadas no M1 não emergiram diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$), designadamente na idade do cuidador ($p = .911$), na idade da criança ($p = .166$), no stress percebido do cuidador ($p = .753$), no stress parental total ($p = .131$), nos sintomas de depressão ($p = .745$), ansiedade ($p = .815$) e stress ($p = .922$), no stress psicológico ($p = .130$) e físico ($p = .160$) da criança e na qualidade de vida da criança ($p = .625$). Apenas na saúde mental geral do cuidador se registou uma diferença estatisticamente significativa, $t(107) = -2.09$, $p = .039$, $d = 0.43$, observando-se pontuações iniciais ligeiramente mais elevadas nos cuidadores que concluíram a avaliação (M = 15.61, SD = 6.60) por comparação aos desistentes (M = 12.81, SD = 5.53). No seu conjunto, estes resultados indicam a ausência de um padrão sistemático de desistências na grande maioria das variáveis analisadas em M1.

Tabela 2
Comparação das Características em M1 entre Participantes Reavaliados e Desistentes (M3)

Variável/Instrumento	Desistentes (*n* = 25–31) *M* (*SD*)	Reavaliados (*n* = 56–79) *M* (*SD*)	Teste *t*
Stress Percebido (PSS-10)	16.88 (4.99)	17.41 (7.88)	$t(98) = -0.32$
Saúde Mental Geral (GHQ-12)	12.81 (5.53)	15.60 (6.60)	$t(107) = -2.09$*
Stress Parental Total (PSI-SF)	122.09 (24.69)	129.85 (23.78)	$t(107) = -1.52$
Depressão (DASS-21)	4.14 (5.29)	4.52 (5.37)	$t(102) = -0.33$
Ansiedade (DASS-21)	3.90 (4.44)	3.68 (4.14)	$t(102) = 0.23$
Stress (DASS-21)	6.72 (5.34)	6.61 (5.09)	$t(102) = 0.10$
Stress Psicológico (MUSIC)	2.09 (0.55)	2.28 (0.57)	$t(103) = -1.53$
Stress Fisiológico (MUSIC)	1.73 (0.61)	1.93 (0.62)	$t(102) = -1.42$
Qualidade de Vida (Kidscreen-10)	49.03 (8.58)	50.11 (10.86)	$t(103) = -0.49$

Nota. Os intervalos de *n* refletem a presença de dados omissos pontuais em instrumentos específicos em M1. * $p < .05$.

3.2. Efeitos do Programa no Ajustamento Psicológico e Stress dos Cuidadores

Os efeitos do STP no ajustamento psicológico e no stress dos cuidadores, descritos nos resultados das ANOVAs Mistas, estão apresentados na Tabela 3, que inclui as Médias (*M*), Desvios-Padrão (*SD*), estatísticas inferenciais univariadas (F, df, p, η_p^2, poder observado) e contrastes intrasujeitos (M1 vs. M2 e M2 vs. M3).

A análise multivariada (MANOVA) revelou que o efeito principal Grupo não atingiu significância estatística, $Wilks'\ \Lambda = .929$, $F(6, 44) = 0.56$, $p = .757$, $\eta_p^2 = .071$, assim como o efeito principal Tempo, $Wilks'\ \Lambda = .654$, $F(12, 38) = 1.68$, $p = .112$, $\eta_p^2 = .346$. Contudo, a MANOVA revelou um efeito de interação Tempo × Grupo estatisticamente significativo e de elevada magnitude, $Wilks'\ \Lambda = .56$, $F(12, 38) = 2.53$, $p = .015$, $\eta_p^2 = .44$, poder observado = .92, comprovando que a trajetória de mudança nas variáveis de ajustamento dos cuidadores ao longo dos três momentos diferiu significativamente entre o GI e o GC.

Tabela 3

Estatísticas Descritivas e Resultados da ANOVA Mista para as Medidas dos Cuidadores

	Condição						ANOVA Mista				
							Testes dos efeitos intrasujeitos			Testes de contrastes intrasujeitos	
	GI (n = 27)			GC (n = 24)			Tempo × Grupo			*F*	
	M1 *M (SD)*	M2 *M (SD)*	M3 *M (SD)*	M1 *M (SD)*	M2 *M (SD)*	M3 *M (SD)*	*F* (*df*)	η_p^2	Poder observado	M1 vs M2	M2 vs M3
Stress Percebido (PSS-10)	19.42 (6.93)	13.89 (5.57)	13.07 (9.72)	16.58 (8.83)	17.75 (9.20)	14.33 (4.66)	3.61* (1.48, 72.6)	.07	.57	17.06***	0.89
Depressão (DASS-21)	6.04 (6.12)	2.67 (3.67)	2.89 (4.53)	3.71 (5.18)	4.50 (6.16)	2.83 (3.75)	3.47* (2, 98)	.07	.64	6.31*	1.25
Ansiedade (DASS-21)	4.15 (4.29)	2.44 (3.02)	3.44 (5.27)	3.83 (4.69)	4.46 (4.68)	3.21 (4.41)	2.24 (2, 98)	.04	.45	3.99	2.60
Stress (DASS-21)	7.70 (5.76)	5.07 (4.68)	5.48 (5.34)	6.29 (5.15)	6.50 (5.53)	4.86 (4.15)	2.05 (2, 98)	.04	.41	5.02*	1.50
Saúde Geral (GHQ-12)	16.24 (7.47)	10.76 (5.10)	12.30 (7.08)	14.54 (6.11)	15.29 (7.82)	12.50 (5.09)	4.78** (2, 98)	.09	.78	9.24**	3.75
Stress Parental (PSI-SF)	121.70 (23.72)	131.30 (21.68)	130.59 (24.87)	135.21 (21.65)	129.12 (25.66)	133.90 (27.72)	3.81* (2, 98)	.07	.68	8.47**	0.87

Nota. M1 = pré-intervenção; M2 = pós-intervenção; M3 = *follow-up*. *p < .05. **p < .01. ***p < .001.

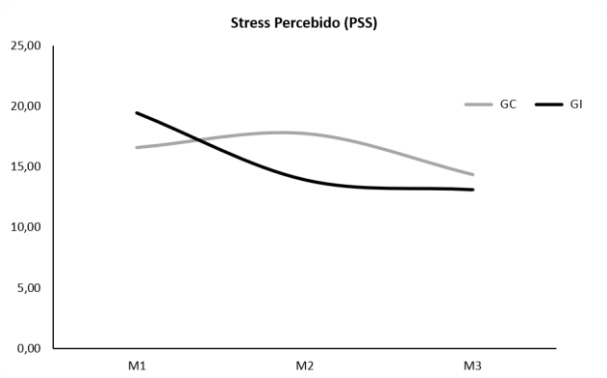
3.2.1. Stress Percebido (PSS-10)

A análise revelou um efeito de interação Tempo × Grupo estatisticamente significativo, $F(1.48, 72.62) = 3.61$, $p = .045$, $\eta_p^2 = .07$, com um poder observado de .57, confirmando trajetórias diferenciadas entre os grupos ao longo do tempo, apesar do baixo poder estatístico.

A análise dos contrastes intrasujeitos evidenciou que a redução do stress percebido entre M1 e M2 foi significativamente superior no GI comparativamente ao GC, $F(1, 49) = 17.06$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .26$. No período entre M2 e M3, a variação do efeito de interação não atingiu significância estatística, $F(1, 49) = 0.89$, $p = .350$, $\eta_p^2 = .02$. Este resultado comprova a manutenção e estabilidade dos ganhos obtidos pelos cuidadores no GI após a intervenção, sem perda dos ganhos obtidos ao longo do tempo (Figura 1).

Figura 1

Evolução Temporal do Stress Percebido dos Cuidadores (PSS-10) nos Três Momentos de Avaliação de acordo com a Condição



Nota. M1 = pré-intervenção; M2 = pós-intervenção; M3 = *follow-up*.

3.2.2. Sintomatologia Psicopatológica (DASS-21)

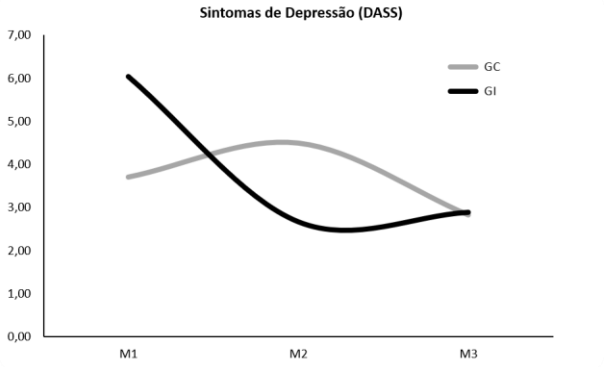
No que se refere aos sintomas depressivos, identificou-se um efeito de interação Tempo × Grupo estatisticamente significativo, $F(2, 98) = 3.47$, $p = .035$, $\eta_p^2 = .07$, poder observado = .64. Os contrastes intrasujeitos confirmaram uma redução acentuada da sintomatologia depressiva no GI no pós-intervenção (M1 vs. M2), $F(1, 49) = 6.31$, $p = .015$, $\eta_p^2 = .11$, com a manutenção da estabilidade dos níveis reduzidos no *follow-up* (M2 vs. M3), $F(1, 49) = 1.25$, $p = .269$, $\eta_p^2 = .03$ (Figura 2).

Em contraste, ao nível da sintomatologia ansiosa, o efeito de interação global Tempo × Grupo não atingiu a significância estatística, $F(2, 98) = 2.24$, $p = .111$, $\eta_p^2 = .04$, poder observado = .45. Na análise de contrastes entre M1 e M2, registou-se uma tendência marginalmente não significativa para a redução dos sintomas no GI, $F(1, 49) = 3.99$, $p = .051$, $\eta_p^2 = .08$, a qual se manteve sem alterações significativas no M3, $F(1, 49) = 2.60$, $p = .113$, $\eta_p^2 = .05$ (Figura 3).

De igual forma, em relação aos sintomas de stress, o efeito de interação Tempo × Grupo também não revelou significância estatística global, $F(2, 98) = 2.05$, $p = .134$, $\eta_p^2 = .04$, poder observado = .41. Não obstante, o contraste intrasujeito específico entre M1 e M2 evidenciou uma redução significativa dos sintomas de stress no GI no pós-intervenção, $F(1, 49) = 5.02$, $p = .030$, $\eta_p^2 = .09$, mantendo-se o efeito estabilizado no M3, $F(1, 49) = 1.50$, $p = .226$, $\eta_p^2 = .03$ (Figura 4).

Figura 2

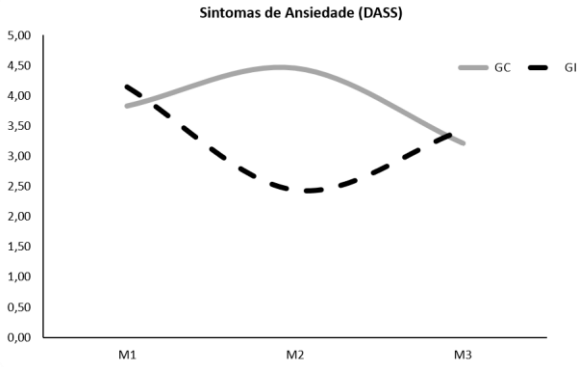
Evolução Temporal dos Sintomas de Depressão dos Cuidadores (DASS-21) de acordo com a Condição



Nota. M1 = pré-intervenção; M2 = pós-intervenção; M3 = *follow-up*.

Figura 3

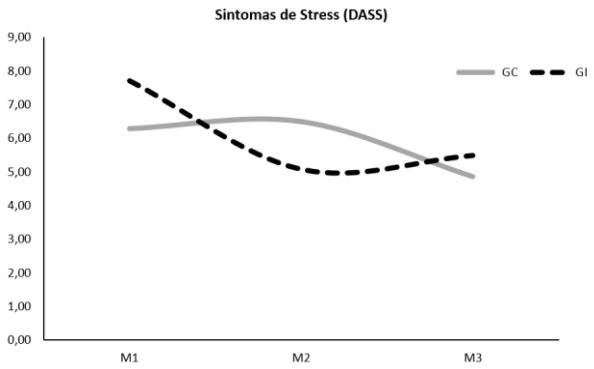
Evolução Temporal dos Sintomas de Ansiedade dos Cuidadores (DASS-21) de acordo com a Condição



Nota. M1 = pré-intervenção; M2 = pós-intervenção; M3 = *follow-up*. A linha a tracejado indica trajetórias cujas variações não atingiram significância estatística ($p > .05$).

Figura 4

Evolução Temporal dos Sintomas de Stress dos Cuidadores (DASS-21) de acordo com a Condição



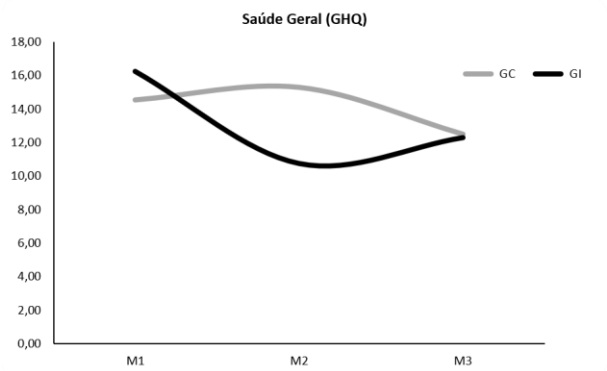
Nota. M1 = pré-intervenção; M2 = pós-intervenção; M3 = *follow-up*. A linha a tracejado indica trajetórias cujas variações não atingiram significância estatística ($p > .05$).

3.2.3. Saúde Geral e Mal-estar Psicológico (GHQ-12)

A avaliação da saúde geral revelou um efeito de interação Tempo × Grupo fortemente significativo, $F(2, 98) = 4.78$, $p = .010$, $\eta_p^2 = .09$, com um poder observado elevado de .78. A desagregação por contrastes confirmou que a melhoria na saúde geral e a redução do mal-estar psicológico no GI foram altamente expressivas na transição do M1 para o M2, $F(1, 49) = 9.24$, $p = .004$, $\eta_p^2 = .16$. No intervalo de acompanhamento (M2 vs. M3), não se registaram variações estatisticamente significativas na interação, $F(1, 49) = 3.75$, $p = .059$, $\eta_p^2 = .07$, atestando a consolidação da redução do mal-estar psicológico a longo prazo (Figura 5).

Figura 5

Evolução Temporal do Mal-estar Psicológico e Saúde Geral dos Cuidadores (GHQ-12) de acordo com a Condição



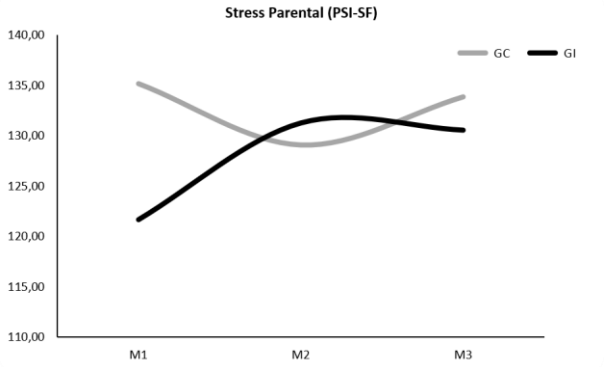
Nota. M1 = pré-intervenção; M2 = pós-intervenção; M3 = *follow-up*.

3.2.4. Stress Parental Total (PSI-SF)

Na dimensão de Stress Parental Total do PSI-SF, registou-se um efeito de interação Tempo × Grupo estatisticamente significativo, $F(2, 98) = 3.81$, $p = .026$, $\eta_p^2 = .072$, poder observado = .68. A análise dos contrastes intrasujeitos revelou uma redução clinicamente e estatisticamente marcante do stress associado ao papel parental no GI do M1 para o M2, $F(1, 49) = 8.47$, $p = .005$, $\eta_p^2 = .147$. Entre M2 e M3, verificou-se a estabilidade dos resultados obtidos sem perdas significativas, $F(1, 49) = 0.87$, $p = .355$, $\eta_p^2 = .017$ (Figura 6).

Figura 6

Evolução Temporal do Stress Parental Total dos Cuidadores (PSI-SF) de acordo com a Condição



Nota. M1 = pré-intervenção; M2 = pós-intervenção; M3 = *follow-up*.

3.3. Avaliação do Stress Psicológico e Fisiológico das Crianças

Os efeitos do STP no stress das crianças, medido através da escala MUSIC, descritos nos resultados das ANOVAs Mistas estão apresentados na Tabela 4, que inclui as Médias (*M*), Desvios-Padrão (*SD*), estatísticas inferenciais (*F*, *df*, *p*, η_p^2, poder observado) e contrastes intrasujeitos (M1 vs. M2 e M2 vs. M3).

A análise multivariada não revelou um efeito principal significativo para o fator Grupo, *Wilks' Λ* = .970, $F(2, 55) = 0.84$, $p = .436$, $\eta_p^2 = .030$, nem para o fator Tempo, *Wilks' Λ* = .888, $F(4, 53) = 1.68$, $p = .169$, $\eta_p^2 = .112$. Do mesmo modo, o efeito de interação Tempo × Grupo não atingiu a significância estatística, *Wilks' Λ* = .90, $F(4, 53) = 1.45$, $p = .232$, $\eta_p^2 = .10$, poder observado = .42, indicando a ausência de diferenças significativas entre o GI e o GC ao longo dos três momentos de avaliação.

Analisando as dimensões univariadas, na dimensão do Stress Psicológico, o efeito de interação Tempo × Grupo não atingiu a significância estatística, $F(2, 112) = 1.58$, $p = .210$, $\eta_p^2 = .027$. De forma idêntica, no Stress Fisiológico, o efeito de interação não se revelou estatisticamente significativo, $F(2, 112) = 0.10$, $p = .906$, $\eta_p^2 = .002$. Apesar da tendência descritiva de redução das pontuações médias no GI, as variações intra e intersujeitos nas respostas das crianças não diferiram significativamente das observadas no GC (Figura 7).

Tabela 4

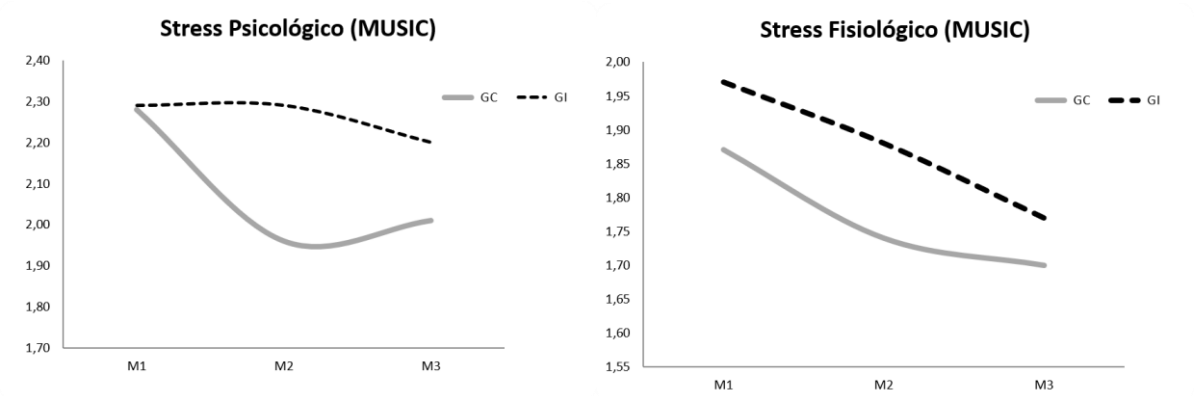
Estatísticas Descritivas e Resultados da ANOVA Mista para o Stress das Crianças (MUSIC)

	Condição						ANOVA Mista				
							Testes dos efeitos intrasujeitos			Testes de contrastes intrasujeitos	
	GI (n = 28)			GC (n = 30)			Tempo × Grupo			*F*	
	M1 *M (SD)*	M2 *M (SD)*	M3 *M (SD)*	M1 *M (SD)*	M2 *M (SD)*	M3 *M (SD)*	*F* (*df*)	η_p^2	Poder observado	M1 vs M2	M2 vs M3
Stress Psicológico (MUSIC)	2.29 (0.57)	2.29 (0.72)	2.20 (0.69)	2.28 (0.60)	1.96 (0.58)	2.01 (0.71)	1.58 (2, 112)	.03	.33	4.00	0.48
Stress Fisiológico (MUSIC)	1.97 (0.71)	1.88 (0.57)	1.77 (0.61)	1.87 (0.59)	1.74 (0.51)	1.70 (0.48)	0.10 (2, 112)	.002	.07	0.08	0.27

Nota. M1 = pré-intervenção; M2 = pós-intervenção; M3 = *follow-up*. Todos os valores da interação Tempo × Grupo e dos contrastes intrasujeitos resultaram não significativos ($p > .05$).

Figura 7

Evolução Temporal do Stress Psicológico e Fisiológico das Crianças (MUSIC) de acordo com a Condição



Nota. M1 = pré-intervenção; M2 = pós-intervenção; M3 = *follow-up*. As linhas a tracejado indicam trajetórias cujas variações não atingiram significância estatística ($p > .05$).

3.4. Avaliação das Utilidades de Saúde e QALYs Acumulados

Conforme demonstrado na Tabela 5, no autorrelato das crianças, o GI registou ganhos em qualidade de vida significativamente superiores aos do GC ($M = .87$, $SD = .15$ vs. $M = .48$, $SD = .12$), $t(60.69) = 11.57$, $p < .001$, $d = 2.88$. De igual modo, na perspetiva de heterorrelato dos cuidadores, as crianças do GI apresentaram pontuações de QALYs acumulados significativamente mais elevadas do que as do GC ($M = .89$, $SD = .15$ vs. $M = .48$, $SD = .12$), $t(66.94) = 12.43$, $p < .001$, $d = 2.96$. Em ambas as perspetivas, os tamanhos do efeito ultrapassaram largamente o limiar de efeito elevado ($d > 0.80$; Cohen, 1988), comprovando a superioridade muito expressiva do programa parental nesta métrica de avaliação económica em comparação com o CAU (Figura 8).

Adicionalmente, emergiu uma correlação estatisticamente significativa e de elevadíssima magnitude entre o autorrelato das crianças e o heterorrelato dos cuidadores na estimativa dos QALYs acumulados (r = .97, p < .001), evidenciando uma forte convergência entre informadores.

Figura 8

Ganhos Acumulados de QALYs no Autorrelato das Crianças e Heterorrelato dos Cuidadores

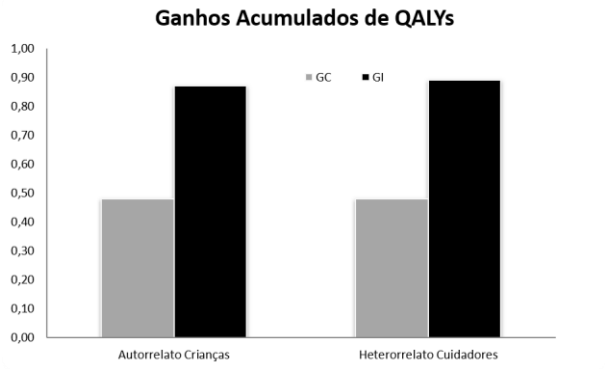


Tabela 5

Comparação dos QALYs Acumulados entre o GI e o GC

	GI (*n* = 33) ***M (SD)***	**GC (*n* = 31)** ***M (SD)***	**Diferença Média**	***t*** **(*df*)**	***d* de Cohen**
Autorrelato das Crianças	.87 (0.15)	.48 (0.12)	+ .39	11.57*** (60.69)	2.88
Heterorrelato dos Cuidadores	.89 (0.15)	.48 (0.12)	+ .41	12.43*** (66.94)	2.96

Nota. Todos os valores de QALYs foram calculados com base na integração da AUC, mapeados para utilidades CHU9D. ***p < .001.

4. Discussão

4.1 Enquadramento e Objetivos do Estudo

O presente estudo analisou os efeitos do STP no ajustamento psicológico e qualidade de vida de cuidadores e crianças expostos a fatores de vulnerabilidade psicossocial em Portugal (Canário et al., 2021, 2025b). Na amostra acompanhada pelas CPCJ e pela Ação Social (com 92.3% a beneficiar de apoios sociais e 35.5% no RSI), a sobrecarga de stressores económicos e relacionais dificulta o exercício da parentalidade positiva (Coutinho et al., 2012; Nogueira et al., 2021). Contudo, a resposta habitual dos serviços assenta frequentemente em apoios não-estruturados sem garantias de sustentabilidade a longo prazo (Abreu-Lima, 2018; Bornstein et al., 2022).

Para dar resposta a esta lacuna na literatura e na intervenção comunitária nacional, este trabalho avaliou os efeitos do STP através de um desenho quase-experimental com grupo de intervenção e grupo de controlo ao longo de três momentos de avaliação. O foco da investigação incidiu na avaliação de efeitos secundários do programa, organizando-se em redor de três objetivos centrais: (1) avaliar os efeitos do programa no ajustamento psicológico e no stress dos cuidadores principais, contemplando o stress percebido, o mal-estar psicológico geral, a sintomatologia psicopatológica (depressão, ansiedade e stress) e o stress parental; (2) analisar os efeitos do STP no stress diário percebido pelas crianças; e (3) avaliar o efeito do programa nos ganhos acumulados em QALYs nas crianças, numa perspetiva de avaliação económica (Chen et al., 2015).

4.2. Efeitos no Ajustamento Psicológico e Stress dos Cuidadores

No que respeita ao primeiro objetivo, os resultados obtidos demonstraram que a participação no STP produziu efeitos benéficos e estatisticamente significativos no ajustamento psicológico e no stress dos cuidadores do GI, por comparação com o GC. Especificamente, os cuidadores do GI apresentaram uma diminuição acentuada do stress percebido, da sintomatologia depressiva, do mal-estar psicológico geral e do stress associado ao papel parental entre o M1 e o M2. Adicionalmente, a análise do período de *follow-up* confirmou a estabilidade e a consolidação das melhorias alcançadas pelos cuidadores do GI, sem perdas significativas dos ganhos terapêuticos após o término do programa.

A redução significativa do stress percebido, da sintomatologia depressiva e do mal-estar psicológico geral reflete o impacto positivo da aquisição de estratégias de autorregulação e de

resolução de problemas promovidas pelo programa (Sanders et al., 2014). Em famílias expostas a múltiplos fatores de risco socioeconómico, a acumulação de exigências quotidianas gera frequentemente elevados níveis de exaustão e impotência (Haslam et al., 2016; Nogueira et al., 2021). Ao capacitar os cuidadores, o STP reduz a imprevisibilidade nas interações familiares diárias, aumentando a perceção de controlo e o sentimento de eficácia parental (Barlow & Coren, 2018; Sanders, 2012). Estes dados estão alinhados com a literatura nacional e internacional, que documenta de forma consistente o impacto das intervenções parentais na melhoria da saúde mental dos cuidadores (de Graaf et al., 2008b; Nogueira et al., 2021).

Relativamente ao stress parental, a melhoria registada no GI entre o M1 e o M2 indica uma vivência da parentalidade mais positiva e menos desgastante. A alteração dos padrões de interação coercivos entre cuidadores e crianças permite interromper a escalada do conflito familiar e atenuar a carga emocional associada ao papel parental (Haslam et al., 2016; Sanders et al., 2014). A manutenção destes ganhos no M3 reveste-se de particular relevância clínica e social, demonstrando que a consolidação de competências de parentalidade positiva previne o regresso aos níveis iniciais de stress (Sanders et al., 2014).

A ausência de efeito significativo na ansiedade pode refletir a influência de stressores ambientais agudos (e.g., precariedade habitacional e económica), que extravasam o controlo direto das competências de autorregulação parental ensinadas no programa (Haslam & Sanders, 2016). No domínio do stress, embora a interação global ao longo dos três momentos não tenha sido significativa, a análise focada por contrastes evidenciou uma redução estatisticamente significativa no GI entre o M1 e o M2, corroborando a ideia de que o programa atua eficazmente na tensão e na irritabilidade diretamente associadas à gestão diária das rotinas familiares (Nogueira et al., 2021; Sanders et al., 2014).

4.3. Efeitos no Stress Percebido pelas Crianças

Relativamente ao segundo objetivo, a avaliação do impacto do STP no stress percebido pelas crianças não revelou diferenças estatisticamente significativas entre o GI e o GC ao longo do tempo, quer no domínio do stress psicológico, quer no domínio do stress fisiológico. Embora a análise descritiva das médias tenha evidenciado uma ligeira tendência de redução no GI, as variações intra e intersujeitos não atingiram a significância estatística na Análise de Variância Mista.

A ausência de efeitos significativos no autorrelato do stress das crianças decorre, em primeiro lugar, da natureza da própria intervenção. O STP é um programa de treino parental

indireto, cujo foco de atuação direto incide na capacitação dos cuidadores e na modificação das dinâmicas disciplinares familiares (Sanders, 2012). Embora as alterações nas práticas parentais promovam ganhos secundários no bem-estar dos filhos (de Graaf et al., 2008a; Li et al., 2021), estes efeitos indiretos ou distais tendem a manifestar-se de forma mais gradual e diferida no tempo, sendo habitualmente menos percetíveis no autorrelato imediato das crianças do que nas medidas reportadas pelos cuidadores (Nogueira et al., 2021; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007).

Em segundo lugar, acresce uma limitação de natureza psicométrica: a escala MUSIC encontra-se em fase de estudo e validação para a população infantil portuguesa, carecendo de aferição populacional nacional (Canário et al., 2021). A ausência de normas populacionais e uma eventual menor sensibilidade de medida da escala para detetar variações subtis do quotidiano infantil podem ter dificultado a identificação de mudanças estatisticamente significativas no autorrelato das crianças. Em terceiro lugar, a implementação do estudo coincidiu com o período pandémico e pós-pandémico de COVID-19, marcado por exigências de readaptação escolar e incerteza social que elevaram os níveis de stress e ansiedade infantil (Bornstein et al., 2022; Prime et al., 2020). Estes fatores de stress contextuais exercem uma influência direta no quotidiano das crianças que uma intervenção focada exclusivamente nas práticas parentais não consegue neutralizar por completo (Haslam et al., 2016).

Por fim, os dados deste estudo reforçam a necessidade metodológica e clínica de manter a perspetiva direta da criança em investigações sobre intervenção familiar. Se a avaliação do programa assentasse unicamente nos relatos dos cuidadores (os quais reportaram reduções expressivas no seu próprio stress e mal-estar), correr-se-ia o risco de pressupor erroneamente um impacto direto e idêntico no quotidiano dos filhos. Contudo, a divergência observada entre a avaliação dos cuidadores e o autorrelato das crianças alinha-se com a literatura clássica sobre avaliação infantil, a qual demonstra que pais e filhos possuem perspetivas distintas e não-redundantes sobre o funcionamento familiar (De Los Reyes et al., 2013). Clinicamente, esta divergência demonstra que o programa parental, embora essencial para transformar o clima familiar, deve ser complementado por diagnósticos direcionados que avaliem se a criança necessita de intervenções diretas de regulação emocional e social.

4.4. Avaliação das Utilidades de Saúde e QALYs Acumulados

No que concerne ao terceiro objetivo, a avaliação da qualidade de vida numa perspetiva de avaliação económica revelou que a participação no STP gerou ganhos estatisticamente

significativos em QALYs acumulados, por comparação com o cuidado habitual. A intervenção traduziu-se num ganho acumulado expressivo de +.39 QALYs na perspetiva das crianças e de +.41 QALYs na dos cuidadores. Em termos práticos, esta diferença demonstra que as crianças do grupo de intervenção beneficiaram de um ganho acumulado equivalente a cerca de quatro a cinco meses adicionais de vida vividos em plena saúde, em comparação com o GC, durante o período acompanhado (Prieto & Sacristán, 2003). Estes ganhos correspondem a tamanhos do efeito de elevada magnitude (d = 2.88 no autorrelato infantil e d = 2.96 no heterorrelato dos cuidadores), ultrapassando amplamente o limiar habitualmente estabelecido para intervenções de elevado impacto em saúde pública (d > .80; Cohen, 1988).

Este resultado constitui um contributo relevante no panorama da investigação nacional sobre parentalidade positiva. Enquanto a maioria dos estudos de avaliação de programas parentais se limita a mensurar desfechos comportamentais ou sintomatológicos em escalas tradicionais, a conversão de pontuações do Kidscreen-10 em índices de utilidade através do algoritmo de mapeamento do CHU9D (Chen et al., 2015) permitiu traduzir os ganhos do programa numa métrica universal de saúde pública (Prieto & Sacristán, 2003).

A elevada magnitude destas diferenças sugere que a capacitação parental promovida pelo STP - ao reduzir a coercividade, o stress e o mal-estar no seio familiar - se traduz em ganhos diretos no bem-estar global da criança. Estes dados evidenciam que uma intervenção estruturada e baseada na evidência proporciona ganhos de qualidade de vida superiores aos apoios habituais não-estruturados da prática comunitária corrente (Abreu-Lima, 2018; Coutinho et al., 2012).

Importa salientar que, enquanto a literatura sobre qualidade de vida infantil reporta habitualmente correlações transversais apenas moderadas entre pais e filhos ($r \approx .30$–$.50$; Gaspar & Matos, 2008; Ravens-Sieberer et al., 2010), a análise longitudinal dos QALYs acumulados no presente estudo revelou um padrão de convergência extraordinariamente elevado. Diferentemente do que se observou no indicador de stress diário, este resultado demonstra que, quando avaliada numa perspetiva temporal alargada, a perceção sobre os ganhos do programa no bem-estar global da criança é fortemente partilhada e vivenciada em perfeita sincronia por cuidadores e filhos.

4.5. Limitações e Forças do estudo

A interpretação dos resultados do presente estudo deve ser ponderada à luz das suas limitações metodológicas. Em primeiro lugar, assinala-se a ausência de aleatorização individual

dos participantes (desenho quase-experimental). Contudo, esta opção foi acautelada pela verificação empírica da comparabilidade dos grupos em M1, confirmando a equivalência estatística do GI e do GC nas variáveis sociodemográficas e de risco familiar. A ligeira diferença observada na idade das crianças não se traduziu em assimetrias no ciclo de ensino, assegurando a equivalência desenvolvimental da amostra.

A segunda limitação prende-se com a redução do tamanho amostral no *follow-up*, decorrente das dificuldades de retenção frequentemente documentados na literatura em populações de elevado risco psicossocial acompanhadas nas instituições da comunidade (Gubbels et al., 2019). Contudo, as análises da perda de participantes confirmaram uma elevada taxa de retenção no M3 (71.8%) e a ausência de diferenças entre participantes reavaliados e desistentes em oito das nove medidas avaliadas em M1. Adicionalmente, o GHQ-12 revelou um nível inicial de mal-estar psicológico ligeiramente superior nos cuidadores que concluíram M3, o que é sustentado pela literatura sobre adesão em intervenções parentais (Heinrichs et al., 2005): cuidadores com maior perceção inicial de necessidade de apoio tendem a demonstrar maior motivação intrínseca para manter a participação ao longo do tempo. Uma terceira limitação diz respeito a aspetos instrumentais, uma vez que a avaliação do stress infantil (MUSIC) assenta no autorrelato das crianças (instrumento em fase de aferição nacional) e o protocolo global recorre exclusivamente a questionários de auto e heterorrelato, os quais podem ser suscetíveis a vieses de desejabilidade social ou de memória, sendo recomendável acautelar estes aspetos em investigações futuras.

Apesar das limitações assinaladas, o estudo apresenta forças assinaláveis. Em primeiro lugar, a condução do estudo em contexto comunitário real confere-lhe uma elevada validade ecológica. A ilustrar essa validade ecológica, destaca-se o perfil de elevado risco da amostra: exatamente metade das crianças apresentava dificuldades comportamentais (50.0%) e 40.4% registava dificuldades emocionais (proporções três a quatro vezes superiores às estimativas de 8%-14% observadas em amostras comunitárias de crianças; OMS, 2022), estando 35.5% das famílias a receber RSI. Esta elevada prevalência de risco confirma que os ganhos do STP foram alcançados junto de uma amostra representativa da complexidade e severidade das famílias acolhidas pelo sistema de proteção.

Em segundo lugar, a adoção de um desenho quase-experimental com um GI e um GC (CAU) responde às conhecidas barreiras éticas e logísticas que inviabilizam a aleatorização pura em serviços de proteção de crianças e jovens (Gubbels et al., 2019). Acresce que, enquanto a literatura em contextos de elevado risco reporta frequentemente elevadas taxas de desistência

e efeitos reduzidos (Beelmann et al., 2023; Gubbels et al., 2019), o presente estudo alcançou uma taxa de retenção de 71.8% no *follow-up* e tamanhos de efeito elevados, demonstrando a aceitabilidade, a exequibilidade e a efetividade do STP junto de famílias acompanhadas pelos serviços de proteção e ação social em contexto comunitário.

Adicionalmente, o desenho longitudinal com três momentos de avaliação permitiu demonstrar a manutenção e consolidação dos ganhos a longo prazo (Nogueira et al., 2021; Sanders et al., 2014). Paralelamente, a abordagem multi-informador (cuidadores e crianças) permitiu capturar perspetivas complementares do funcionamento familiar. Por último, a introdução da avaliação de utilidades (QALYs) em programas de educação parental em Portugal fornece aos decisores políticos e entidades gestoras (e.g., CPCJ, Instituto da Segurança Social, autarquias e Ministério da Saúde) métricas universais de saúde pública de enorme relevância (Prieto & Sacristán, 2003).

4.6. Implicações Práticas e Pistas para Investigação Futura

Em termos de implicações para a prática e políticas sociais, os resultados fundamentam a urgência de evoluir de respostas habituais não-estruturadas para programas parentais manualizados, estruturados e baseados na evidência como o STP (Abreu-Lima, 2018; Bornstein et al., 2022). A demonstração de ganhos expressivos em QALYs oferece às entidades públicas uma fundamentação científica sólida para o financiamento continuado de intervenções parentais baseadas na evidência (Prieto & Sacristán, 2003).

Quanto à investigação futura, sugere-se, em primeiro lugar, a realização de estudos formais de validação, fidelidade e aferição psicométrica da escala MUSIC para a população infantil portuguesa. Em segundo lugar, recomenda-se a análise dos dados de acompanhamento no *follow-up* a 12 meses (M4 no âmbito do projeto *RealFamilies*; Canário et. al, 2025b), permitindo avaliar a manutenção a longo prazo das mudanças comportamentais e do ajustamento familiar. Em terceiro lugar, sugere-se a realização de análises formais de mediação e de moderação. Por um lado, importa testar em que medida a redução do mal-estar psicológico e do stress parental dos cuidadores atua como mecanismo mediador que explica, de forma indireta, os ganhos observados na qualidade de vida das crianças (Haslam & Burke, 2018; Sanders, 2012). Por outro lado, revela-se fundamental que estudos futuros examinem se o risco psicossocial (e.g., beneficiários de RSI ou severidade clínica) modera a efetividade do STP, identificando para que perfis familiares o programa produz maiores ganhos a longo prazo (Beelmann et al., 2023; Sanders et al., 2014).

Em quarto lugar, sugere-se que trabalhos futuros integrem a codificação das observações diretas em vídeo da interação entre cuidadores e crianças - cujos dados já foram recolhidos no âmbito do projeto *RealFamilies* (Canário et al., 2025b) -, permitindo complementar os dados de autorrelato com indicadores comportamentais objetivos. Em quinto lugar, recomenda-se a recolha de dados junto de múltiplos informadores no contexto escolar (professores e educadores). Por último, sugere-se a realização de avaliações económicas formais de custo-efetividade e custo-benefício que contabilizem a poupança financeira para o Estado resultante da prevenção da reincidência de sinalizações de risco e do acolhimento institucional (Pinto et al., 2026), permitindo associar os ganhos em QALYs aos custos de implementação e facilitando a adoção e implementação alargada e sustentada do programa por parte das políticas públicas governamentais (Prieto & Sacristán, 2003).

5. Conclusão

O presente estudo teve como propósito analisar os efeitos da implementação do STP no ajustamento psicológico e na qualidade de vida de cuidadores e crianças acompanhados em serviços de proteção e ação social em Portugal, comparando a sua efetividade com o cuidado habitual.

Os resultados obtidos permitem concluir que a intervenção parental estruturada promoveu melhorias significativas e sustentadas na saúde mental dos cuidadores, reduzindo o stress percebido, a sintomatologia depressiva, o mal-estar psicológico geral e a sobrecarga associada ao papel parental. Relativamente às crianças, embora a avaliação do stress diário não tenha registado alterações estatisticamente significativas, a integração do autorrelato infantil revelou-se metodologicamente e clinicamente fundamental ao demonstrar que a perceção das crianças oferece informação única e não-redundante relativamente à dos adultos. Em contrapartida, no domínio da qualidade de vida relacionada com a saúde, a estimativa das utilidades mostrou que a intervenção gerou um ganho acumulado expressivo em QALYs para as crianças, verificado com elevada concordância entre o autorrelato infantil e a avaliação dos cuidadores.

Em termos de implicações para a prática e para as políticas públicas de apoio à família, estes dados fundamentam a necessidade de evoluir das respostas habituais não-estruturadas para programas parentais manualizados, estruturados e baseados na evidência. A demonstração de ganhos substanciais na qualidade de vida das crianças oferece aos organismos de proteção e ação social uma fundamentação científica sólida para o financiamento e implementação continuada de programas de capacitação parental.

Em suma, ao demonstrar que o fortalecimento das competências dos cuidadores se traduz em ganhos diretos para a saúde mental dos cuidadores e para o bem-estar global das crianças, este trabalho reforça a importância de investir em práticas fundamentadas na evidência como pilar central da proteção e promoção do desenvolvimento infantil em contextos de vulnerabilidade.

6. Referências Bibliográficas

Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Manual* (3rd ed.). Psychological Assessment Resources.

Abreu-Lima, I. (2018). Promover a parentalidade positiva: O Triple P em Portugal. *Atas do VI seminário internacional cognição, aprendizagem e desempenho*. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/117087/2/289945.pdf

Baptista, J., & Cabrita, J. (2009). Intervenção com famílias e crianças em risco psicossocial: Avaliação dos processos de mudança. *Psicologia, Saúde & Doenças, 10*(2), 221–235.

Barlow, J., & Coren, E. (2018). The effectiveness of parenting programs: A review of Campbell reviews. *Research on Social Work Practice, 28*(1), 99-102. https://doi.org/10.1177/1049731517725184

Beelmann, A., Arnold, L. S., & Hercher, J. (2023). Parent training programs for preventing and treating antisocial behavior in children and adolescents: A comprehensive meta-analysis of international studies. *Aggression and Violent Behavior, 68*, 101798. https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101798

Bornstein, M. H., Kotler, J. A., & Lansford, J. E. (2022). The future of parenting programs: An introduction. *Parenting, 22*(3), 189–200. https://doi.org/10.1080/15295192.2022.2086808

Canário, C., Abreu-Lima, I., Lemos, M. S., Henriques, M. R., Barbosa-Ducharne, M., Pacheco, A., Almeida, F., Alonso, I., Ferreira-Santos, F., Nogueira, S. C. L., & Cruz, O. (2021, February). *Family reunification success after child institutionalization: Testing the effectiveness of a positive parenting intervention*. Open Science Framework. https://doi.org/10.17605/osf.io/a53bj

Canário, C., Cruz, O., & Almeida, R. (2025a). Evidence-based practice in community-based services: Toward an evaluation of parenting programs under a pluralistic approach. *Journal of Evidence-Based Social Work, 22*(1), 45–62. https://doi.org/10.1080/26408066.2024.2381234

Canário, C., Pinto, R., & Cruz, O. (2025b, November 5). *RealFamilies - Delivering an individual format evidence-based parenting intervention in real-world settings to support vulnerable families: New insights on implementation, effects, and cost-effectiveness.* Open Science Framework. https://osf.io/6nrws

Chen, G., Stevens, K., Rowen, D., Ratcliffe, J., & Brazier, J. (2015). From KIDSCREEN-10 to CHU9D: Creating a unique mapping algorithm for application in economic evaluation.

Health and Quality of Life Outcomes, *12*, Article 134. https://doi.org/10.1186/s12955-014-0134-z

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates. https://doi.org/10.4324/9780203771587

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, S. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396. https://doi.org/10.2307/2136404

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2025). *Relatório anual de avaliação da atividade das CPCJ: Ano de 2024*. https://cnis.pt/wp-content/uploads/2025/05/Relat%C3%B3rio-Anual-Avalia%C3%A7%C3%A3o-Atividade-CPCJ-2024.pdf

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2026). *Relatório anual de avaliação da atividade das CPCJ: Ano de 2025*. https://www.cndcj.gov.pt/documents/10182/16406/Relat%C3%B3rio+Anual+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+Atividade+CPCJ+2025/f8f2400a-133f-4e59-97a5-04cb4e6b7615

Coutinho, I. C. M., Seabra-Santos, M. J., & Gaspar, M. F. F. (2012). Educação parental com famílias maltratantes: Que potencialidades?. *Análise Psicológica, 30*(4), 405-420. https://doi.org/10.14417/ap.601

De Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008a). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children. *Behavior Modification, 32*(5), 714-735. https://doi.org/10.1177/0145445508317134

De Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008b). 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 Los Reyes, A., Thomas, S. A., Goodman, K. L., & Kundey, S. M. (2013). Principles underlying the use of multiple informants' reports. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 123-149. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185617

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE Publications.

Gaspar, T., & Matos, M. G. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes portugueses: Manual do Kidscreen*. Aventura Social.

Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson.

Google. (2024). *NotebookLM* [Large language model]. https://notebooklm.google.com/

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), Article 2404. https://doi.org/10.3390/ijerph16132404

Haslam, D., Mejia, A., Sanders, M. R., & de Vries, P. J. (2016). Parenting programs. In J. M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health* (pp. 1-29). International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

Haslam, D. M., & Burke, K. (2018). Work, poverty, and financial stress. In *Handbook of parenting and child development across the lifespan* (pp. 495-510). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9_21

Heinrichs, N., Bertram, H., Kuschel, A., & Hahlweg, K. (2005). Parent recruitment and retention in a universal prevention program for child behavior and emotional problems: Barriers to research and program participation. *Prevention Science, 6(*4), 275–286. https://doi.org/10.1007/s11121-005-0006-1

IBM Corp. (2025). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Version 31.0) [Computer software]. https://www.ibm.com/support/pages/ibm-spss-statistics-31-documentation

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

The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN questionnaires: Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Pabst Science Publishers.

Kraag, G., Meesters, C., Fekkes, M., Kok, G., & Huijer Abu-Saad, H. (2008). *The development of MUSIC, a short stress symptoms questionnaire for preadolescents.* Unpublished manuscript, Maastricht University, Maastricht, Belgium.

Laranjeira, C. A. (2008). General Health Questionnaire-12 items: Adaptation study to the Portuguese population. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *17*(2), 148-151. https://doi.org/10.1017/s1121189x00002840

Lei n.º 147/99. (1999). *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo*. Diário da República: I Série-A, n.º 204. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/147-1999-581619

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*, Article 709851. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.709851

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u

Matos, M. G., Gaspar, T., & Simões, C. (2012). Health-related quality of life in Portuguese children and adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 25*(2), 230–237. https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000200007

Matthews, J. N. S., Altman, D. G., Campbell, M. J., & Royston, P. (1990). Analysis of serial measurements in medical research. *British Medical Journal, 300*(6719), 230–235. https://doi.org/10.1136/bmj.300.6719.230

McIntyre, S., McIntyre, T., & Redondo, S. (1999). *Questionário de Saúde Geral (GHQ-12): Versão experimental portuguesa.* Universidade do Minho.

Nogueira, S., Abreu-Lima, I., Canário, C., & Cruz, O. (2021). Group Triple P – A randomized controlled trial with low-income mothers. *Children and Youth Services Review, 121*, Article 105862. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105862

Odgers, C. L., Caspi, A., Russell, M. A., Sampson, R. J., Arseneault, L., & Moffitt, T. E. (2012). Supportive parenting mediates neighborhood socioeconomic disparities in children's antisocial behavior from ages 5 to 12. *Development and Psychopathology, 24*(3), 705-721. https://doi.org/10.1017/S0954579412000326

Organização Mundial da Saúde. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*(2), 229-239. http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a07.pdf

Perplexity AI. (2024). Perplexity [Large language model]. https://www.perplexity.ai/

Pinto, R., Canário, A. C., Rodrigo, M. J., & Cruz, O. (2026). Sustained use of an evidence-based parenting program in Portugal's child protection system. *Global Implementation Research and Applications, 6*, 34–47. https://doi.org/10.1007/s43477-025-00183-5

Prieto, L., & Sacristán, J. A. (2003). Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALYs). *Health and Quality of Life Outcomes*, *1*, Article 80. https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-80

Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist, 75*(5), 631–643. https://doi.org/10.1037/amp0000660

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., & The European KIDSCREEN Group. (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: A short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research, 19*(10), 1487-1500. https://doi.org/10.1007/s11136-010-9706-5

Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*(1), 345-379. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104

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

Santos, S. V. (2008, outubro). *Forma reduzida do Parenting Stress Index (PSI): Estudo preliminar.* XIII Conferência Internacional Avaliação Formas e Contextos. Universidade do Minho.

Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P-Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(3), 475-495. https://doi.org/10.1007/s10802-007-9104-9

Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, *53*, 353-378. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_17