

MIRIAM NICOLE RODRIGUES

**EFEITOS NA SAÚDE MENTAL DOS PAIS E BEM-ESTAR
INFANTIL DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO E APOIO
FAMILIAR EM CABO VERDE**



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

2024

MIRIAM NICOLE RODRIGUES

**EFEITOS NA SAÚDE MENTAL DOS PAIS E BEM-ESTAR
INFANTIL DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO E APOIO
FAMILIAR EM CABO VERDE**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Catedrática Dra. Cristina Nunes



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

2024

**EFEITOS NA SAÚDE MENTAL DOS PAIS E BEM-ESTAR
INFANTIL DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO E APOIO
FAMILIAR EM CABO VERDE**

Declaração de autoria do trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências bibliográficas.

Copyright © Miriam Nicole Rodrigues

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos

Ao longo desta jornada, que foi tanto um desafio quanto uma descoberta, muitas pessoas marcaram minha trajetória e, por isso, sou eternamente grata. Esta dissertação não é apenas um produto de pesquisa, mas o resultado de uma jornada marcada por grandes desafios, aprendizado e, acima de tudo, resiliência. Acredito que é de extrema importância reconhecer aqueles que tornaram essa travessia possível, especialmente nos momentos mais difíceis.

Primeiramente, gostaria de expressar minha profunda gratidão à minha orientadora, Professora Catedrática Dra. Cristina Nunes. Sua orientação foi mais do que uma simples supervisão acadêmica; foi uma verdadeira lição de força, sabedoria e compromisso. Foi uma verdadeira luz em meio à escuridão de momentos de incerteza e quando quis mais desistir. Quando as dificuldades se tornaram esmagadoras e as dúvidas me cercavam, suas palavras de sabedoria me encorajaram. Obrigada por me inspirar a perseverar, mesmo quando tudo parecia um desafio insuperável. Agradeço, suas valiosas contribuições e pela paciência em me guiar neste processo. Suas opiniões e críticas construtivas foram essenciais para que eu pudesse aprimorar minha pesquisa. Agradeço também, por sua paciência e apoio incondicional, por acreditar em mim e por me guiar com mão invisível, mas firme e coração aberto.

Querida Mia, foste o meu maior motivo para seguir em frente. Tua força, inocência, sorriso e amor incondicional trouxeram luz aos meus dias mais sombrios. Por compreenderes quando não conseguia estar contigo. Nas noites em que as palavras pareciam distantes e o choro tomava conta, o teu olhar me lembrava do que realmente importa. Ser tua mãe é um lembrete constante de que cada esforço vale a pena, e meu desejo é que cresças sabendo que mulheres fortes não desistem de seguir seus sonhos. Obrigada por seres a razão pela qual cada sacrifício valeu a pena. Obrigada porque temos crescido tanto juntas!

Ao meu pai, agradeço profundamente pelo teu apoio inabalável e por todas as lições de vida que me ensinaste. Tua humildade, força, resiliência e determinação me moldaram e serviram como um exemplo a ser seguido. Nos momentos de medo, a tua presença firme me ajudou a encontrar coragem para continuar.

E à minha irmã, Carla, sou eternamente grata por tua amizade e apoio. Mesmo longe, estiveste lá para me oferecer palavras de encorajamento e sou grata por tudo que representas na minha vida. A nossa conexão me deu forças em muitos momentos desafiadores.

Um agradecimento especial ao meu Serginho, foste a minha âncora em tempos de tempestade. Nas noites ou dias longos de trabalho e nos momentos de desânimo, choro, desespero o teu apoio, e a tua motivação foram tão essenciais. Obrigado por estares presente, me levatares quando quis desistir, ouviste as minhas lutas e partilhaste as minhas risadas, mesmo quando tudo parecia sombriamente difícil. Tua capacidade de me fazer rir nos momentos mais tensos foi essencial para que eu não perdesse de vista a alegria neste processo. Obrigada por seres o suporte que eu precisava e por acreditares em mim mesmo quando eu duvidei. Sou grata por me lembrares a importância de acreditar em mim mesma.

Aos restantes familiares, amigos e colegas, as vossas palavras de encorajamento e seu amor incondicional foram fundamentais para minha perseverança. Sou imensamente grata por todo o suporte emocional e pelas lições de vida que me ensinaram. Cada interação, cada palavra de apoio e cada gesto gentil moldaram minha trajetória e me encorajaram a chegar até aqui.

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos à Adriana Correia, cuja contribuição foi fundamental para a realização desta dissertação. Agradeço imensamente por ter disponibilizado os dados coletados durante o seu doutoramento, o que me permitiu desenvolver este trabalho de forma mais robusta. A sua generosidade em compartilhar os seus dados e apoiar a minha pesquisa foi crucial para o sucesso deste projeto.

Os meus agradecimentos Ualg- Universidade do Algarve e todos os envolvidos da mesma, desde professores que me acompanharam nesta caminhada do Mestrado. Agradeço de uma forma muito especial à Dra Ana Teresa Martins, por me ter acolhido e me ter dado força no pior momento da minha vida e que contribui para eu chegar aqui. Agradeço também a toda equipa do FAF e em particular à equipa de Cabo Verde, que tornaram possível esta investigação. Foi neste contexto em que realizei esta viagem pelo conhecimento transmitido e pela experiência neste âmbito académico e educativo.

Cada um de vocês pareceu ser exatamente o que eu precisava em cada etapa. Cada um de vocês fez com que essa jornada se tornasse mais leve e cheia de significados, de facto, foi repleta de altos e baixos, e não poderia ter chegado até aqui sem o amor, resiliência, força e a paciência. Os momentos de tristeza, de luta, e de saudade se transformaram em um espaço de reflexão e força, dando-me uma nova perspectiva sobre a importância da resiliência. Esta dissertação é uma homenagem àqueles que marcaram a minha vida e que, embora que alguns possam não estar presentes fisicamente, permanecerão no meu coração. Obrigado por estarem ao meu lado em cada etapa. Todos os desafios e percas que trouxe uma dor profunda, foi um lembrete constante da fragilidade da vida e da importância de perseguir nossos sonhos. Por isso, dedico a todos vocês. Sem vocês, eu não teria chegado tão longe. Este momento é tanto meu quanto de todos vocês. Muito obrigado.

Por fim, agradeço ao Meu Deus, por me dar cada uma destas pessoas para me ajudarem e estarem ao meu lado e por me dar uma força sobrenatural para nunca desistir!

Resumo

Este estudo investiga a eficácia do Programa de Formação e Apoio Familiar (FAF) em Cabo Verde, que visa melhorar as práticas parentais e promover a saúde mental dos cuidadores e o bem-estar nas crianças; em famílias em situações de risco psicossocial.

A investigação foi conduzida com uma amostra de 66 participantes, composta por 56 mães e 10 pais, com idades entre 26 e 56 anos, residentes na Ilha da Boa Vista em Cabo Verde. A amostra foi dividida em dois grupos: um grupo de intervenção, que participou do programa FAF, e um grupo de controle, que não recebeu a intervenção. Para avaliar a eficácia do programa, foram utilizados instrumentos como o KIDSCREEN-27, que mede a qualidade de vida percebida das crianças, e o *General Health Questionnaire* (GHQ-28), que avalia a saúde mental dos pais. A avaliação foi realizada mediante de um desenho quase-experimental (2x3) com um grupo de intervenção e grupo de controlo, não aleatório com três momentos de avaliação, pré, pós-teste e seguimento após seis meses.

Verificou-se um aumento na qualidade de vida percebida das crianças. Em contraste, não houve alterações na saúde mental dos pais que permaneceu estável ao longo do período de intervenção. Nos dois momentos, de pós-teste e follow-up, não houve alterações na percepção da qualidade de vida e na saúde mental dos participantes. Estes resultados sugerem que a intervenção não resultou em melhorias ou deteriorações significativas mantendo a estabilidade dos resultados dos dois instrumentos ao longo do tempo. O que sugere uma boa consolidação da intervenção.

Nestes resultados ressaltam a importância da parentalidade positiva como um fator crítico para o desenvolvimento infantil e sugerem que, embora o programa tenha sido eficaz em impactar positivamente a percepção de qualidade de vida das crianças, as intervenções adicionais são necessárias para abordar os fatores que afetam a saúde mental dos pais. Assim, este estudo conclui que programas de apoio à parentalidade, precisam de um enfoque contínuo e adaptativo, levando em consideração o contexto sociocultural para maximizar seu impacto na promoção do bem-estar familiar e melhoria das práticas parentais.

Palavras-chave: Avaliação, Programa de Formação e Apoio Familiar, Famílias; Parentalidade, Saúde Mental dos Pais, Práticas Educativas Parentais, Desenvolvimento Infantil, Qualidade de Vida, Risco Psicossocial.

Abstract

This study investigates the effectiveness of the Family Training and Support Program (FAF) in Cape Verde, which aims to improve parenting practices and promote the mental health of caregivers and well-being in children, in families in situations of psychosocial risk.

The research was conducted with a sample of 66 participants, made up of 56 mothers and 10 fathers, aged between 26 and 56, living on Boa Vista Island in Cape Verde. The sample was divided into two groups: an intervention group, which took part in the FAF program, and a control group, which did not receive the intervention. Instruments such as the KIDSCREEN-27, which measures children's perceived quality of life, and the General Health Questionnaire (GHQ-28), which evaluates parents mental health, were used to assess the program's effectiveness. The evaluation was carried out using a quasi-experimental design (2x3) with an intervention group and a control group, with three evaluation moments: pre-test, post-test, and six-month follow-up.

There was an increase in the children's perceived quality of life. In contrast, there were no changes in the parents' mental health, which remained stable throughout the intervention period. At both post-test and follow-up, there were no changes in the participants' perceived quality of life or mental health. These results suggest that the intervention did not result in significant improvements or deteriorations, and that the results of the two instruments remained stable over time. This suggests good consolidation of the intervention.

These results highlight the importance of positive parenting as a critical factor for child development and suggest that, although the program was effective in positively impacting children's perceived quality of life, additional interventions are needed to address the factors that affect parents' mental health. Thus, this study concludes that parenting support programs need a continuous and adaptive approach, taking into account the socio-cultural context to maximize their impact on promoting family well-being and improving parenting practices.

Keywords: Evaluation, Family Training and Support Program, Families; Parenting, Parental Mental Health, Parental Educational Practices, Child Development, Quality of Life, Psychosocial Risk.

Índice

1. Introdução.....	5
1.1. Parentalidade e os seus fatores determinantes.....	5
1.2. Parentalidade em Cabo verde e a necessidade de apoio e formação dos pais.	13
1.3. Os programas de formação e apoio parental.	15
1.4. Programa de Formação e apoio familiar (FAF).....	18
2. Objetivos.....	19
3. Metodologia.....	19
3.1. Participantes	19
3.2. Procedimento.....	20
4. Plano de análise	21
5. Resultados.....	22
5.1. <i>Caracterização da amostra</i>	22
5.2. Comparação dos valores do pré-teste entre grupo de controlo Versus Grupo de intervenção (<i>amostras independentes</i>)......	23
5.3. Comparação valores do Grupo de Controlo Pré-teste Versus Pós-teste (<i>amostras emparelhadas</i>).	25
5.4. Comparação dos Valores do Grupo de intervenção pré-teste versus pós-teste (<i>amostras emparelhadas</i>).	28
5.5. Comparação dos instrumentos KIDSCREEN-10 e GHQ-TOTAL entre os grupos de controlo e de intervenção nos momentos de pré-teste e pós-teste (<i>amostras independentes</i>).	30
5.6. Comparação no grupo de intervenção entre o pós-teste e o follow-up (<i>amostras emparelhadas</i>).	34
6. Discussão.....	36
7. Conclusão e Limitações.....	42
8. Referencias Bibliográficas.....	45

Índice de Tabelas

Tabela 1: Distribuição de frequências para as características demográficas, educativas, laborais e familiares dos participantes	22
Tabela 2: Comparação dos Instrumentos KIDSCREEN -10 e GHQ - TOTAL no Pré-Teste entre o grupo de Controlo e Intervenção	24
Tabela 3: Comparação dos instrumentos KIDSCREEN -10 e GHQ - TOTAL entre Pré-Teste e Pós-Teste para o grupo de Controlo	26
Tabela 4: Comparação dos instrumentos KIDSCREEN-10 e GHQ-TOTAL entre Pré-Teste e Pós-teste para o grupo de Intervenção	28
Tabela 5: Comparação dos instrumentos KIDSCREEN-10 e GHQ -TOTAL entre os grupos de controlo e de intervenção para o Pré-Teste e Pós -Teste.	31
Tabela 6: Comparação dos instrumentos KIDSCREEN -10 e GHQ - TOTAL entre Pós -Teste e <i>Follow-up</i> para o grupo de Intervenção	34

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo Integrativo da parentalidade de Hoghughí	6
Figura 2: Modelo de Belsky: Determinantes da parentalidade Adaptado de Belsky (1984, 1989, 2006).....	9
Figura 3: Comparação do Instrumento KIDSCREEN-10 no Pré-teste entre o grupo de Controlo e Intervenção	24
Figura 4: Comparação do Instrumento GHQ_TOTAL no Pré- teste entre o grupo de Controlo e Intervenção	25
Figura 5: Análise do Instrumento KIDSCREEN-10, entre Pré teste e Pós teste para o grupo de Controlo (n=16).....	26
Figura 6: Análise do instrumento GHQ_TOTAL, entre o Pré-teste e Pós-teste para o grupo de Controlo (n=16).....	27
Figura 7: Análise do instrumento KIDSCREEN-10, entre Pré-teste e Pós teste para o grupo de Intervenção (n=37).	29
Figura 8: Análise do instrumento GHQ_TOTAL, entre Pré-teste e Pós-teste para o grupo de Intervenção (n=37).....	30
Figura 9: Comparação da evolução dos scores do instrumento KIDSCREEN -10 entre os grupos de controlo e de intervenção para o Pré-Teste e Pós-Teste.	32
Figura 10: Comparação da evolução dos scores do instrumento GHQ-TOTAL entre os grupos de controlo e de intervenção para o Pré-Teste e Pós-Teste.	33
Figura 11: Análise do Instrumento KIDSCREEN-10 entre o Pós-Teste e Follow-up para o grupo de Intervenção (n=22).	35
Figura 12: Análise do instrumento GHQ-TOTAL entre Pós-teste e Follow-up para o grupo de Intervenção (n=22).	35

Siglas e Acrónimos

1. **FAF** - Programa de Formação e Apoio Familiar;
2. **KIDSCREEN-27** - Um instrumento que mede a qualidade de vida percebida das crianças;
3. **GHQ-28** - Questionário de Saúde Geral de 28 itens (*General Health Questionnaire*).

1. Introdução

1.1. Parentalidade e os seus fatores determinantes

A família é o contexto mais importante para o desenvolvimento e educação da criança. Os pais têm um impacto significativo na vida dos filhos direta e indiretamente, por meio das suas ações, atitudes, crenças e recursos disponíveis (Walsh, 2016). Há muito tempo que a parentalidade e a sua relação com o desenvolvimento infantil têm sido objeto de estudo.

A parentalidade adequada pode ser definida como um conjunto de factores múltiplos, incluindo o que os pais fazem adequadamente (Hoghugh, 2004), garantindo uma atmosfera segura e disponível de recursos familiares e comunitários para promover o total desenvolvimento infantil (Barroso & Machado, 2015), sendo que os hábitos de parentalidade são influenciados por características únicas dos pais, das crianças e pelo ambiente dentro e fora da casa (Coltro et al., 2020).

Atualmente, o modelo de parentalidade integrado de Hoghugh (2004), baseado em Bronfenbrenner (1995) e Belsky's (1984), propõe três aspetos principais da paternidade: atividades parentais, composto pelas responsabilidades e ações dos pais cujo objetivo é evitar os problemas e criar ambientes favoráveis para o crescimento dos filhos; Áreas Funcionais, que incluem itens para a função da criança como saúde, comportamento e educação que podem ser desenvolvidos com as atividades parentais; e pré-requisitos, composto por um conjunto de componentes e necessidades para o desenvolvimento de responsabilidades parentais adequadas que, entre outras coisas, inclui as redes sociais (presença, participação e reação de amigos, vizinhos ou familiares) como ferramenta para o desempenho das funções de cuidador (Barroso & Machado 2015; Hoghugh, 2004)

O modelo integrador dos componentes teóricos da parentalidade, Hoghugh (2004), baseado nos resultados de suas pesquisas e nas sugestões de Bronfenbrenner (1979) e Belsky (1984), propõe a existência de onze dimensões da paternidade. Além de fornecer uma grelha de avaliação com o objetivo de determinar as habilidades dos pais para efeitos da investigação, este modelo, mostra esquematicamente que também permite avaliar como os pais se comportam. Assim, o modelo classifica a paternidade como um conjunto de tarefas necessárias para ser um pai ou mãe “suficientemente adequada”. Desta

forma, existem áreas funcionais (principais elementos funcionais do desenvolvimento da criança) e pré-requisitos (conjunto de especificações necessárias para o crescimento das ações dos pais) (Barroso e Machado, 2010).

No que diz respeito às atividades parentais, são enfatizados os aspectos de cuidado, controle e disciplina e por fim o desenvolvimento. Hoghughi, 2004, afirma que seus objetivos, asseguram a prevenção de adversidades, garantindo que a criança seja protegida de situações adversas, assim como encorajar circunstâncias positivas que a beneficiem ao longo da sua vida. Desta forma, os pais pretendem garantir a satisfação e as necessidades de sobrevivência de suas gerações futuras (Barroso & Machado, 2010).



Figura 1: Modelo Integrativo da parentalidade de Hoghughi

Fonte: Barroso, R. & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade.

A Convenção dos Direitos da Criança (ONU/UNICEF, 1990, artigo 27), refere que é da responsabilidade dos pais e de outros cuidadores garantir, conforme as suas capacidades financeiras as condições de vida necessárias para o desenvolvimento da criança. Desta forma é esperado que os pais ajudem os seus filhos a crescer a nível físico, mental e social. Além disso, segundo Bornstein (2002), este parece ser o principal trabalho dos pais, de forma a preparar os filhos, para as circunstâncias físicas, financeiras e psicológicas que serão discutidas ao longo do seu processo de crescimento (Barroso & Machado, 2010)

É fundamental referir que os padrões sociais podem definir o que é considerado uma parentalidade "suficiente" uma vez que o conceito tende a depender de percepções subjetivas, crenças culturais ou preocupações específicas de um determinado contexto. Estas ideias e métodos de parentalidade variam significativamente de cultura para cultura (Barroso e Machado, 2010, 2015).

Segundo Belsky (1984, 2006, 2015), a parentalidade é determinada por fatores pessoais (personalidade e psicopatologia); fatores do contexto social alargado onde a relação da criança – pais se encontra estabelecida (relações maritais, ocupação profissional dos pais e redes suporte social) e características das crianças (temperamento). Estes determinantes influenciam o modo como os pais desempenham os seus papéis parentais, deste modo é fundamental focar nestes determinantes de forma a melhorar a parentalidade e o desenvolvimento da criança aumentando os fatores de proteção e diminuindo os fatores de risco através de competências parentais. Assim sendo, por exemplo, os recursos psicológicos dos pais podem ser fatores importantes e de proteção em contextos difíceis (Correia et al., 2022).

Existem múltiplos determinantes do comportamento dos pais, entre os quais circunstâncias individuais, históricas e sociais que se encontram interligadas e que parecem influenciar o funcionamento parental. O modelo assume que a experiência de vida dos pais, o seu relacionamento conjugal e a sua posição profissional influenciam as suas personalidades e o seu estado psicopatológico, o que conseqüentemente afeta o processo de parentalidade. Este por sua vez tem efeitos no desenvolvimento infantil e vice-versa. Assim sendo, o funcionamento psicológico parental influencia direta e indiretamente as relações maritais, o funcionamento das redes sociais e as próprias experiências ocupacionais (Belsky 1984, 2006, 2015).

As características da criança, são um dos fatores determinantes no processo de parentalidade, por exemplo, um temperamento difícil por parte da criança apresentando comportamentos de negatividade, irritabilidade persistente ou pouca sociabilidade, tende a desencadear nos pais um comportamento menos reativo, mais hostil e com menor sensibilidade às necessidades da criança. As características da criança por si só não influenciam diretamente a parentalidade, mas sim a compatibilidade ou conformidade entre as características e os diversos fatores de ambos criança-pais (Belsky, 1984).

No que concerne, às características individuais parentais, o modelo de Belsky (1984) menciona certos fatores da personalidade que facilitam a parentalidade, salientando que um progenitor que apresente poucos traços de neuroticismo, índices elevados de extroversão, amabilidade e conscienciosidade, poderá determinar um padrão educativo de maior suporte, responsividade e estimulação intelectual (Belsky 2006).

Numa investigação realizada com cinquenta e uma díades com crianças que estão em idade escolar, Papp, Goeke-Morey e Cummings (2004) descobriram os efeitos negativos de um funcionamento conjugal negativo sobre a harmonia psicológica da criança e descobriram que, para mães, mas não para pais, a combinação de descontentamento com a relação marital com altos níveis de psicopatologia, tivera efeitos prejudiciais no ajustamento aumentaram mental da criança.

Além disso, indica que o nível de empregabilidade tem impactos significativos no ambiente familiar, que afetam o desenvolvimento da criança, enfatizando a influência do desemprego como forte precursor do abuso físico infantil. Quanto ao impacto do meio comunitário e da vizinhança nos processos de parentalidade, a importância da coesão, organização social e a presença de redes de suporte formal e informal influencia fortemente a prevenção de ambientes perigosos e de risco (Belsky, 2006)

As experiências de um desenvolvimento positivo presumem dar origem a uma personalidade mais estável e conseqüentemente a um funcionamento familiar positivo, nomeadamente nas relações maritais e nas interações entre pais e filhos promovendo um melhor desenvolvimento familiar.

A congruência entre as características da criança e dos pais; a ocorrência de estabilidade profissional e comunitária, sustentam e promovem a estabilidade parental e diminuem o stress da vida cotidiana. Segundo Belsky (2006, 2015), o modelo apresentado é dinâmico e moderador. A parentalidade ótima é definida como um estado dinâmico que poderá variar de acordo com as determinantes da parentalidade, tais como, características da criança, dos pais e do contexto, permitindo uma melhor qualidade de cuidados à criança. No entanto, Belsky (1984), acredita que o determinante mais crucial são as características parentais (pessoais e psicológicas), seguido das fontes sociais e contextuais de apoio e por fim das características da criança. O autor refere que um alto

funcionamento parental continuará a ocorrer mesmo se dois dos três determinantes estiverem em risco, desde que os recursos pessoais e psicológicos parentais permaneçam intactos.

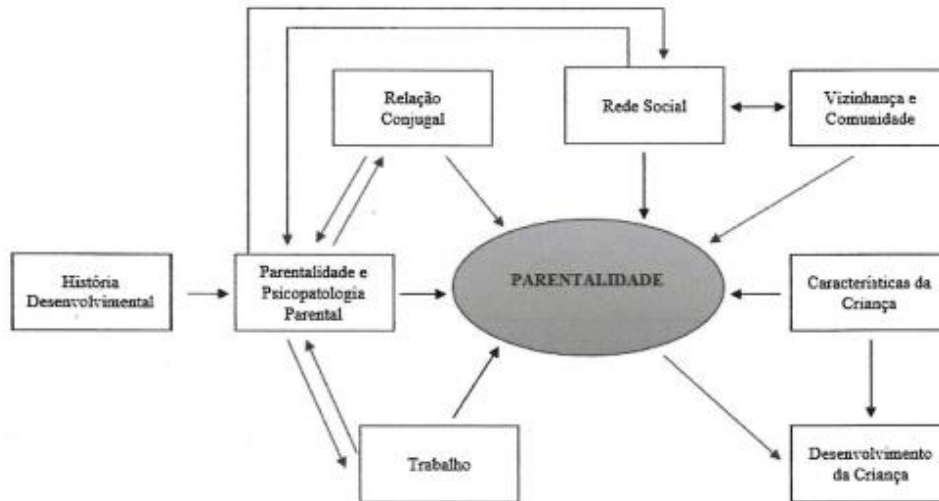


Figura 2: Modelo de Belsky: Determinantes da parentalidade Adaptado de Belsky (1984, 1989, 2006)

A parentalidade, atualmente, é definida como uma parte importante do crescimento e desenvolvimento das crianças. As decisões parentais afetam a forma como as crianças se desenvolvem. Os comportamentos dos pais em relação à parentalidade são geralmente consistentes com as suas vivências e crenças parentais (Mowder 2005).

As fontes de stress e de apoio também influenciam o modo como os pais desempenham os seus papéis parentais (Belsky 1984).

As características pessoais e do ambiente social, tais como, problemas biológicos, genéticos e ambientais, baixos rendimentos, baixa escolaridade dos pais, altos níveis de stress familiar, baixos níveis de suporte, discórdias conjugais e doenças psiquiátrica podem colocar as crianças em maior risco. Existe uma relação positiva entre o suporte social recebido e os comportamentos parentais, além de atenuar a pobreza e a vizinhança ameaçadora (Cid & Matsukura, 2010).

Considera-se que as doenças psiquiátricas, como por exemplo depressão materna influenciam as práticas e estilos parentais. A associação entre problemas de saúde mental (depressão, bipolaridade, esquizofrenia entre outros) e os estilos parentais influenciam o

desempenho dos filhos. Existe uma associação significativa na saúde materna e os estilos parentais (Cid & Matsukura, 2010).

A presença de perturbações mentais nas mães diminui sua capacidade de estabelecer uma interação equilibrada com os seus filhos. Estas mães são de facto mais ansiosas, inseguras, negativas e pouco se envolvem na interação com as suas crianças, têm dificuldades em identificar as necessidades dos filhos, pelo que são menos disponíveis e afetivas. Assim, desta forma, mulheres que apresentam doenças mentais aumentam o risco de que as crianças no seu processo de desenvolvimento apresentem problemas de comportamento, cognitivos, sociais e até mesmo perturbações mentais. Além disso, alguns estudos indicam ainda que as mães que possuem sintomas mais graves relativos às perturbações mentais, são menos capazes de desenvolver estilos parentais positivos, o que por sua vez afeta o desenvolvimento e bem-estar dos filhos (Cid & Matsukura, 2010).

O desempenho da parentalidade e o trabalho com famílias necessita de uma intervenção focada na proatividade e na capacitação, de forma a incorporar a parentalidade positiva na tarefa de cuidar e educar os filhos (Jiménez & Hidalgo, 2016). Assim, a parentalidade positiva sustenta uma visão da família centrada nos pontos fortes e com uma intervenção direcionada para o desenvolvimento pessoal e social dos pais e o potenciar os recursos de apoio (Chaffin et al., 2001).

O apoio social refere-se ao fornecimento de recursos psicológicos e materiais através de uma rede social que facilita a capacidade do indivíduo lidar com o stress e os problemas.

Pessoas com níveis mais elevados de apoio social geralmente apresentam maior capacidade de reagir ao stress, bem-estar e melhor saúde mental. Na literatura existem dois modelos que explicam a influencia do apoio social e o bem-estar; o primeiro é o modelo de efeitos principais que sugere que o apoio social tem um efeito positivo no bem-estar, independentemente dos níveis de stress experimentados pelo indivíduo e o modelo do efeito tampão que levanta a hipótese de que o apoio social protege os indivíduos dos efeitos nocivos dos níveis de stress (Martins et al., 2022).

O apoio social promove a resiliência familiar à adversidade e conseqüentemente a uma parentalidade adequada (Martins et al., 2022). O apoio social é determinante nas práticas parentais, assim como o tamanho de rede e a satisfação recebida podem funcionar

como fatores de proteção; deste modo podemos dizer que a ausência deste apoio social pode ser um fator de risco para a saúde mental dos pais e desta forma levar a práticas parentais inadequadas (Belsky e Jafee, 2015).

O suporte social representa uma configuração de padrões sociais e relacionais que estabilizam e diminuem o stresse e promovem um enfrentamento positivo, é uma característica importante para saúde e bem-estar e que os recursos fornecidos poderão ser algo benéfico para a adaptação aos possíveis eventos stressantes. O suporte social é um construto multidimensional e que pode ser vantajoso para aumentar a confiança das pessoas para lidar com situações que possam surgir. Este apoio pode ser definido de acordo com três tipos diferentes, o emocional (intimidade, afeto, conforto e relacionamentos); tangível (assistência material e ajuda nas necessidades financeiras e materiais) e informacional ou de companheirismo (presença de pessoas e atividades de lazer). No entanto um dos mais relevantes será o apoio emocional (compreensão, empatia, encorajamento (Martins et al., 2022)

Os pais com elevado apoio social tendem a experimentar baixos níveis de stresse parental, o que leva e contribui para uma parentalidade mais positiva e eficaz (Mowder & Shamah, 2011). O apoio social desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de crianças e adultos, afetando o bem-estar pessoal e diretamente o bem-estar das famílias e dos relacionamentos. Consequentemente, influencia a qualidade das práticas parentais e tem impacto direto nas relações entre pais e filhos (Ayala-Nunes et al., 2017; 2018).

A relação entre o stresse parental e apoio social como as crenças e os comportamentos parentais, revela que menos stress parental está relacionado com as percepções parentais mais positivas e mais stresse parental está relacionado com as percepções menos positivas. E, que o apoio social não modera a relação da parentalidade positiva e as percepções parentais. Assim, amplia as pesquisas da parentalidade e stresse, adicionando a dimensão do apoio social (Mowder & Shamah, 2011).

Sem dúvida que a família influencia o processo de socialização, educação, aprendizagem e desenvolvimento dos indivíduos, sendo que é o primeiro e o mais importante contexto de desenvolvimento. No entanto, existem famílias que não promovem o bem-estar dos seus membros nem sustentam o desenvolvimento adequado. Os principais fatores que caracterizam os contextos familiares de risco são o baixo nível académico dos pais, a precariedade económica e profissional, baixo nível educativo, a

monoparentalidade e a insegurança da zona de residência (Nunes et al., 2011; Nunes & Ayala-Nunes, 2019; Rodrigo et al., 2008). Desta forma, estas famílias tendem a enfrentar e acumular múltiplos acontecimentos de vida negativos e stressantes (López, 2011). Os perfis psicossociais das famílias com menores em risco não são homogêneos e caracterizam-se por alguma diversidade podendo apresentar-se a através dos fatores acima descritos, sendo um grupo bastante vulnerável (Hidalgo et al, 2011; Nunes et al., 2019)

As trajetórias e circunstâncias atuais destas famílias, são determinadas pela presença e acumulação de acontecimentos de vida negativos com um elevado impacto emocional. Os problemas mais constantes são problemas económicos, psicológicos, profissionais, judiciais e conjugais. Por isso, é de esperar que tenham repercussões significativas na dinâmica familiar e no desenvolvimento das crianças e jovens. A presença de acontecimentos de vida stressantes e de outros fatores de risco dificulta o exercício da parentalidade. Podem ter um efeito negativo no desenvolvimento e adaptação psicossocial das crianças e dos jovens (Hidalgo et al., 2009; Nunes et al., 2019; Rodríguez et al., 2006).

Desta forma, os programas de intervenção dirigem-se a todas as famílias com necessidades de apoio à promoção de competências parentais e do bem-estar familiar. Independentemente das diferenças e semelhanças dos casos, o importante é apoiar os pais e assegurar que estes sejam capazes de construir um cenário familiar adequado para o desenvolvimento e bem-estar das crianças. A formação parental é a promoção das redes de apoio social, formal e informal. Os pais podem trocar experiências, identificar situações semelhantes e daí aprender comportamentos alternativos respeitando a diversidade. Contudo, esta dinâmica só funciona se os pais forem participativos. (Hidalgo et al., 2011).

O desempenho da parentalidade e o trabalho com famílias necessita de uma intervenção focada na proatividade e na capacitação de forma a incorporar a parentalidade positiva na tarefa de cuidar e educar os filhos (Jiménez & Hidalgo, 2016). Assim, a parentalidade positiva sustenta uma visão da família centrada nos pontos fortes e com uma intervenção direcionada para a promoção de competências parentais, o favorecimento do desenvolvimento pessoal e social dos pais e o potenciar os recursos de apoio. Sendo que, programas de intervenção se dirige a todas as famílias com

necessidades de apoio à promoção de competências parentais e do bem-estar familiar (Chaffin et al., 2001).

As famílias em risco psicossocial em Portugal, Espanha, Peru e outros países têm uma série de características e dificuldades comuns e podem ser ajudadas através de programas de formação e apoio parental. Perante as razões acima mencionadas, o Conselho da Europa consciente da complexidade e das necessidades de apoio das famílias, promoveu recomendações sobre políticas de apoio à parentalidade positiva, com o objetivo de promover relações positivas entre pais e filhos; e, garantir os direitos das crianças no seio familiar e otimizar o potencial da mesma e o seu bem-estar (Martín-Quintana et al., 2009).

Assim, os programas de parentalidade positiva baseada em evidências irão permitir que os pais mudem suas crenças e atitudes, reduzam práticas coercitivas e melhorem suas competências como pais (Nunes & Ayala-Nunes 2017, 2019).

A promoção de competências pessoais, interpessoais e educativas dos pais irá contribuir para o desenvolvimento e educação dos filhos. Os pais necessitam de apoio e assistência para desempenhar a tarefa educativa (Martín-Quintana et al., 2009).

1.2. Parentalidade em Cabo verde e a necessidade de apoio e formação dos pais.

A necessidade de implementar este programa em Cabo Verde, decorre da avaliação das necessidades dos pais e duma análise das condições de vida e das estatísticas sobre negligência e abuso físico das crianças e jovens. Em Cabo Verde em 2017, 56,5% de crianças 0 aos 6 anos recebem maus-tratos pelos cuidadores e existe um aumento crescente de denúncias às várias organizações. De acordo com estes dados verificou-se a necessidade de implementar apoios e intervenções que fossem promotoras de outras vivências, mais próximas do bem-estar e que pudessem favorecer qualidade de vida, para os pais e as crianças (Correia et al., 2019).

Os resultados de adesão foram muito positivos, onde 65% média dos participantes assistiram às sessões e só 14% não finalizaram o programa de intervenção. A maior parte dos pais mostram-se envolvidos e motivados em participar no programa. Motivados a melhorarem enquanto pessoas, conhecer melhor os filhos e darem uma melhor resposta

aos desafios da parentalidade. Por vezes, os pais até sabem destas necessidades, mas não sabem onde procurar ajuda e orientação (Correia et al., 2019).

Cabo Verde assim como outros contextos, necessitam de mais recursos humanos para suprir as necessidades com que se deparam. Sendo que os problemas económicos são apresentados como principal fator stressante. De seguida conflitos conjugais, problemas laborais e maltrato (Correia et al., 2019, 2022). Estas famílias têm histórias de vida difíceis tanto do ponto de vista funcional como emocional que coincidem com a descrição das condições de vida das famílias em países em desenvolvimento onde a pobreza e a violência estão presentes (Gonzales, 2017; Jiménez & Hidalgo, 2016; Maya & Hidalgo, 2016; Correia et al., 2022)

De acordo com as experiências descritas tanto pelos profissionais como pelos pais, após aplicação do programa FAF em Cabo Verde na Ilha da Boa Vista, considerou-se o mesmo positivo e houve vontade de continuar a desenvolver este tipo de intervenção (Correia et al., 2019, 2022).

Alguns dos problemas que as famílias cabo verdianas apresentam são similares aos das famílias Portuguesas (Nunes e Ayala-Nunes, 2019), Espanha (Hidalgo et al., 2014, 2016) e Peru (Maya e Hidalgo, 2016), tais como, dificuldades económicas, conflitos conjugais, baixo nível de escolaridade, problemas laborais e abuso na vida adulta. Estes resultados demonstram histórias de vidas difíceis do ponto de vista emocional e funcional com acontecimentos de vida stressante (Nunes e Ayala-Nunes, 2019).

De acordo com aplicação da eficácia do FAF em Cabo Verde, demonstrou-se a eficácia do mesmo num contexto africano, assim como a evidência do impacto no aumento das competências parentais, de forma ajudar estas famílias a sentirem-se mais satisfeitas, reduzindo situações de maltrato. A adesão foi bastante positiva e que estas evidencias possam empoderar pais e filhos, promovendo o bem-estar dos mesmos. (Correia et al., 2022)

Demonstrou-se que de fato, estas famílias necessitam de apoio e formação para superar ou minimizar os problemas encontrados nos seus lares e que constituem ameaça à saúde física e psicossocial. As crianças e adolescentes quando enfrentam situações de stress e risco no seu cotidiano, poderão apresentar no presente ou futuramente problemas emocionais, psicológicos, sociais e conseqüentemente menor qualidade de vida. Os

fatores de risco influenciam de forma significativa a saúde mental das famílias em causa. Identificar e ajudar as famílias nas suas práticas parentais são fundamentais para prevenção da saúde mental e para a promoção e desenvolvimento de qualidade de vida. Neste contexto é importante avaliar a eficácia e o impacto do Programa de formação e apoio familiar (FAF) em dimensões que ainda não foram avaliadas.

1.3. Os programas de formação e apoio parental.

A educação parental constitui uma ação educativa de sensibilização, aprendizagem, formação e/ou esclarecimento dos valores, atitudes e práticas dos pais na educação dos filhos fomentando um processo de desenvolvimento pessoal aperfeiçoando habilidades para realizar a tarefa de ser pai. A formação de pais é um conjunto de atividades voluntárias de aprendizagem por pais que pretendem adotar modelos adequados de práticas educativas no contexto familiar de forma a melhorar as práticas já existentes, sendo que o objetivo seria de promover comportamentos positivos (Vila, 1998, como citado em Quintana et al., 2009).

A formação de pais deve promover habilidades educativas na promoção de competência pessoal e interpessoal e ambas contribuem para o desenvolvimento e educação dos filhos (Martin, 2005, como citado em Quintana, 2009). Os programas de educação parental podem ser classificados em dois grupos. O primeiro de acesso universal dirigido a todos os pais de forma a informá-los e prepará-los para seus deveres e responsabilidades enquanto pais, podendo ser considerado uma prevenção primária e com o objetivo de oferecer um atendimento a um bom grupo de famílias de forma a prevenir atrasos no desenvolvimento e orientar ações educativas adequadas. O segundo será destinado a um determinado tipo de família em situação de risco. Estes programas são direcionados a pais de baixo nível educacional e económico, para prevenção de abuso e negligência infantil, educação para pais com deficiência e/ou problemas de comportamento e para educação parental de mães adolescentes (Quintana et al., 2009).

Os programas de parentalidade positiva baseados em evidências permitem que os pais mudem as suas crenças e atitudes, reduzam as práticas coercivas e melhorem as suas competências enquanto pais. O sentimento de ser capaz e ter competências como pai ou mãe é um dos fatores centrais da parentalidade positiva, uma vez que os pais confiam na sua capacidade de lidar com as crianças sendo mais carinhosos, recetivos e assertivos, e

que, por sua vez, tem uma influência positiva no comportamento das crianças (Nunes e Ayala-Nunes 2017, 2019).

De acordo com Rodrigo et al., (2008), existem três gerações de programas:

Os programas de primeira geração enfatizam a qualidade das diretrizes de educação dos pais. Proporcionam um ambiente favorável e estimulante para o desenvolvimento da criança aumentando as competências; treinam estratégias de comunicação eficazes e resolução de problemas; ajudam no treino de estratégias eficazes de comunicação; resolução de problemas; promovem desenvolvimento cognitivo, linguístico, social e emocional; promovem orientações educativas saudáveis e o contacto com outros pais e previnem o abuso (Quintana et al., 2009).

Os programas de segunda geração, dão ênfase à qualidade da interação pais-filhos durante as atividades diárias de forma a construir padrões positivos de apego; promovem a sensibilidade parental, a empatia pelas necessidades dos filhos, ensinam a estabelecer limites, gerenciam comportamentos inadequados e promovem o brincar com as crianças de forma eficaz e positiva; ajudam a desenvolver estratégias de interação com crianças agressivas e com problemas de comportamento (Quintana et al., 2009).

Os programas de terceira geração têm como objetivo primordial promover a qualidade do funcionamento da família como sistema. Desta forma, oferecem uma intervenção de longa duração, duradora e em multicontexto com intuito de promover a relação do casal e co-parentalidade; apoiam a transição para maternidade de mães adolescentes/jovens com uma baixa renda económica; promovem competências parentais e apoio familiar e por fim intervenções na família e na escola para prevenir conflitos e problemas de comportamento (Quintana et al., 2009).

Os primeiros programas de educação surgem em “escolas de pais” que se realizavam em centros de educação. Sendo que estas escolas basearam-se em modelos de formação para pais, que se foram desenvolvendo de forma académica, técnica e vivencial (Quintana et al., 2009).

O modelo académico consiste na aquisição de conceitos sobre o desenvolvimento e educação dos filhos em ambiente formal de aprendizagem. Baseia-se em conteúdos teóricos da psicologia do desenvolvimento e da educação centrados no que os pais deviam fazer para favorecer o desenvolvimento da educação dos filhos. Supõe-se que os pais bem

informados tenderão facilmente a uma mudança em relação ao desenvolvimento e educação dos filhos. No entanto, a informação é necessária, mas não o suficiente para a mudança. Para haver uma mudança, o conhecimento tem de se conectar com experiências anteriores, dando-lhe valor de verdade e entender que haverá benefício com essa mudança.

O modelo técnico baseia-se em programas que pretendem que os pais adquiram técnicas e procedimentos baseados na modificação de comportamentos e numa aprendizagem social. Neste modelo e ao contrário do modelo académico, pretende-se que os pais não recebam tantas informações gerais, mas que sejam ensinadas técnicas específicas para controlar o comportamento dos filhos, treinando os pais com técnicas de reforço, punição equilibradas, retirada de privilégios e modelagem, de forma a ajudá-los a modelar o seu comportamento. Este modelo tem a vantagem de poder formar várias pessoas num espaço de tempo curto o que potencia o impacto terapêutico (Quintana et al., 2009).

No modelo experiencial, os programas implementados pretendem realizar uma reconstrução do conhecimento. Trata-se de uma formação vivencial dos pais, cujo objetivo primordial é conceituar as práticas da vida cotidiana. Neste modelo, é levado em conta as crenças dos pais, e, depois a partir destas e das situações cotidianas através de um processo indutivo de construção do conhecimento vivencial-cotidiano, os pais irão construir o seu conhecimento (Quintana et al., 2009). Este modelo reforça a ação e participação de conhecimento e experiência, em prol da educação e desenvolvimento dos seus filhos. De facto, os programas da linha experiencial assentam muito bem na promoção do desenvolvimento das competências parentais e não na descoberta dos seus défices (Quintana et al., 2009).

Os programas devem atender às necessidades dos pais, fornecer evidências empíricas de sua eficácia e refletir as melhores práticas profissionais. É fundamental definir e acordar os padrões adequados à avaliação dos programas e melhorar sempre a qualidade da formação dos técnicos bem como definir as variáveis que garantem a boa execução.

1.4. Programa de Formação e apoio familiar (FAF)

O programa de Formação e Apoio Familiar (FAF), é um programa de intervenção de carácter psicoeducativo e comunitário, foi desenvolvido principalmente para famílias em situações de risco. Este tem como finalidade melhorar as práticas parentais, fortalecer sentimentos de segurança dos pais, promover a integração comunitária das famílias (Hidalgo et al., 2011). Incentiva a paternidade positiva, utiliza a teoria sistémica e ecológica para intervenção familiar, focado nas relações e influências para desenvolvimento dos membros, atende às necessidades e características individuais, atende a famílias em risco moderado, baseia-se na preservação familiar e ajuda ainda famílias em risco psicossocial podendo ser útil a outros perfis de pais.

Este programa foi implementado inicialmente em Sevilha (Espanha) desde 2009, sendo que após vários anos de aplicação e revisão piloto foi inserido no Plano Municipal de Prevenção e Atendimento a crianças e adolescentes em risco e posteriormente adaptada culturalmente e alargada e reproduzida no Perú, Portugal e Cabo Verde (Correia et al., 2022; Hidalgo et al., 2011, 2014, 2016, Maya & Hidalgo 2016).

A flexibilidade do programa é adaptável a diferentes contextos familiares e tem como objetivo fornecer aos pais suporte que lhes permita realizar de forma mais eficaz o cumprir das suas obrigações educacionais maximizando as relações familiares, promovendo o desenvolvimento positivo dos filhos e prevenindo o surgimento de situações de risco.

Objetivos do FAF e os respetivos módulos correspondentes:

- Promover uma Educação parental ajustada;
- Adquirir Estratégias educativas parentais;
- Aumentar Segurança, competência, satisfação;
- Promover o crescimento e o desenvolvimento pessoal dos progenitores;
- Promover apoio social robusto.

O programa FAF promove ainda a construção de conhecimento em grupo, assim como a participação independente dos pais. A metodologia é experiencial, considerando a reflexão, cooperação, troca de opiniões, e promove ainda a mudança parental baseada

nos participantes com uma variedade de métodos de interconexão entre pais e respeito pelo estilo de aprendizagem com atividades sequenciais e graduais ao longo de dois anos. É implementado recorrendo a uma sessão semanal com cronograma estabelecido, calendário exposto, duração de duas horas e adaptações necessárias. E, cada módulo contém atividades variadas; discussão em 2-3 sessões incluindo três partes claramente diferenciadas: fundação, desenvolvimento e conclusão; bem como uma série de documentos apresentados em formato digital que constituem a documentação de cada módulo. O desenvolvimento das atividades inclui a descrição detalhada das etapas, a adaptação às necessidades do grupo e sugestão de método com destaque na flexibilidade.

2. Objetivos

A presente investigação terá como objetivo principal avaliar a eficácia do Programa FAF em Cabo Verde, na promoção da saúde mental dos pais e bem-estar nas crianças;

3. Metodologia

Trata-se de um estudo quase-experimental (2x3) com um grupo de intervenção e grupo de controlo, não aleatório com três momentos de avaliação, pré, pós-teste e seguimento após seis meses.

3.1.Participantes

Os dados já foram recolhidos por uma equipa de investigadores da Universidade do Algarve. Por isso, para a finalidade da implantação do programa, a população alvo desta investigação é constituída por 66 participantes, nomeadamente 56 mães e 10 pais, com idades compreendidas entre os 26-56 anos, residentes na Ilha da Boa Vista, em Cabo Verde. Os filhos tinham idades compreendidas entre os 6 e 12 anos. Os participantes foram escolhidos por conveniência e não aleatoriamente. A mesma foi dividida de acordo com o interesse e disponibilidade de cada pai.

Os instrumentos utilizados nesta investigação foram os seguintes:

- *General Health Questionnaire* – GHQ28 (Questionário de Saúde Geral de 28 itens). Este questionário é de auto-resposta desenvolvido por Goldberg e Hillier em 1979 a partir da versão inicial do *General Health Questionnaire* (GHQ)

(Goldberg, 1972) Trata-se da versão portuguesa de forma breve, sendo que sua estrutura foi definida e os itens foram selecionados a partir da análise fatorial, daí os 28 itens selecionados da versão mãe que contem 60 itens. Este questionário é apropriado para avaliar a saúde mental ou o bem-estar psicológico, através do relato de sintomas experienciados nas últimas três semanas (Pais - Ribeiro e Antunes, 2003).

- **KIDSCREEN-27.** Este instrumento procura avaliar a saúde subjetiva e o bem-estar das crianças e adolescentes. Sendo um instrumento de autorrelato.

Este instrumento tem vários pontos fortes. Baseia-se num conceito de sensibilidade transcultural e está disponível em muitos países europeus, incluindo Portugal. É adequado para utilização em investigação colaborativa multinacional. O instrumento pode ser utilizado em investigações que envolvam várias intervenções, bem como para aplicações em muitos contextos educativos e de saúde; que também pode ser aplicado com igual relevância em populações saudáveis, populações pediátricas e populações com condições de saúde específicas. O Questionário KIDSCREEN-27 é composto por 27 itens que avaliam cinco dimensões do bem-estar e saúde subjetiva da criança: (1) Bem-estar físico; (2) Bem-estar psicológico; (3) Autonomia e família; (4) Apoio social e grupo de pares; e (5) Contexto escolar. A escala de resposta foi composta por cinco opções que variavam desde “Nada” a “Totalmente”. Os valores mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida percebida (Gaspar & Matos, 2008)

3.2.Procedimento

De acordo com os dados recolhidos, executámos o seguinte procedimento: os pais que participaram no estudo foram selecionados por técnicos profissionais do Instituto Cabo-Verdiano da Criança e do Adolescente, técnicos profissionais da área socioeducativa da Câmara Municipal da Boavista e professores do ensino básico. Desta forma, para implementação do programa, houve uma apresentação da FAF nas reuniões escolares no início do ano letivo, os pais foram convidados pelo telefone para participarem no programa. Assim, os pais que aceitaram e compareceram a duas sessões receberam um pré-teste. Caso estes não estivessem interessados ou disponíveis em participar nas sessões de grupo foram agendadas entrevistas individuais com o objetivo de registar o perfil

psicossocial e competências parentais, integrando assim o grupo de controlo. Após a intervenção foram realizadas entrevistas pós-teste em ambos os grupos (intervenção e controlo). Perante questões éticas, tanto no grupo de controle como de intervenção, foi solicitado o consentimento informado e acentuado a questão do anonimato de natureza confidencial. Foi explicado aos participantes que a qualquer momento, eles poderiam abandonar a sua participação sem quaisquer consequências negativas. Para além deste aspeto, não foi dada qualquer recompensa económica.

4. Plano de análise

O tratamento de dados fez-se através do programa/software informático IBM® SPSS® Statistics for Windows, versão 29.0 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA). Com vista a descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foi feita uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo, tendo-se calculado para as variáveis qualitativas as frequências absolutas (número de casos válidos – n.º) e frequências relativas (percentagem de casos válidos - %) e para as variáveis quantitativas o valor médio, o desvio padrão) e ainda, os valores extremos (mínimo e máximo). De forma a cumprir os objetivos deste estudo: (i) Foram realizados testes não paramétricos de Mann-Whitney, de forma a comparar os resultados dos instrumentos de avaliação “KIDSCREEN_10” e “GHQ_TOTAL” de acordo com o grupo de “Intervenção” e de “Controlo” (amostras independentes) e; (ii) Foram realizados testes não paramétricos de Wilcoxon para comparar os resultados do grupo de “Intervenção” dos instrumentos de avaliação “KIDSCREEN_10” e “GHQ_TOTAL” no “pós-teste” e no “follow-up” (amostras emparelhadas). Em ambos os testes, o tamanho do efeito foi calculado recorrendo à medida r^1 , tendo-se considerado os seguintes pontos de corte: Pequeno efeito, $|r| \approx 0,1$; Efeito moderado, $|r| \approx 0,3$ e; Grande efeito, $|r| \approx 0,5$ (Sheskin, 2011). Em todos os testes de hipóteses realizados foi considerado um nível de significância de 5 % (Sheskin, 2011; Maroco, 2018)².

¹ $r = Z/\sqrt{N}$, onde Z é o valor da estatística Z to teste e N é o n.º total de observações dos dois grupos (Sheskin, 2011).

² Optou-se pela utilização de testes não paramétricos, porque, para os testes de amostras independentes (em algumas situações) e especialmente para os testes de amostras emparelhadas, a dimensão das amostras dos grupos a comparação era muito pequena (inferior a 30 participantes).

5. Resultados

5.1. Caracterização da amostra

Participaram 66 pais dos quais 56 eram do sexo feminino e 10 sexo masculino. Participaram ainda 5 outros cuidadores. A tabela 1 fornece informação sobre o perfil dos cuidadores e das crianças/jovens, destacando as principais características demográficas, educativas, laborais e familiares dos participantes. A média de idade dos tutores é de 35,8 anos ($DP = 7,3$), variando entre 24 e 56 anos, sendo oriundos principalmente de Boavista (29%) e Santiago (30%). Quanto ao nível educativo é de destacar a elevada proporção de participantes com nível primário incompleto (43,7%). A maioria dos tutores está ativa laboralmente (84,5%), com predominância de trabalhos de baixa ou nula qualificação (62%). A estrutura familiar mostra 73,8% de famílias biparentais em que nucleares (63,9%), seguidas por famílias reconstituídas (36,1%). O número médio de pessoas no agregado familiar é de 4,3 pessoas ($DP = 1,5$), predominância maioria tinha filhos do sexo masculino (54,9%), sendo a média de idades de 9,0 anos ($DP = 2,4$), variando entre 6 e 12 anos.

Tabela 1: Distribuição de frequências para as características demográficas, educativas, laborais e familiares dos participantes (n=71)

	Grupo		Intervenç	Total		
	Controlo			N	%	
	N	%	N	%	N	%
Vinculação do tutor à						
mãe	16	66,7%	4	85,1%	56	78,9%
pai	7	29,2%	3	6,4%	10	14,1%
avó	1	4,2%	2	4,3%	3	4,2%
tia	0	0,0%	1	2,1%	1	1,4%
padraastro	0	0,0%	1	2,1%	1	1,4%
Total	24	100,0%	4	100,0%	71	100,0%
Sexo tutor						
feminino	17	70,8%	4	93,6%	61	85,9%
masculino	7	29,2%	3	6,4%	10	14,1%
Total	24	100,0%	4	100,0%	71	100,0%
Idade tutor (anos)						
M (DP); Mín. - Máx.	35,3 (6,7); 27 - 56		36,1 (7,7);		35,8 (7,3); 24 - 56	
Nível educativo tutor						
até primários incompletos	9	37,5%	2	46,8%	31	43,7%
primários completos	6	25,0%	5	10,6%	11	15,5%
secundários completos	4	16,7%	1	29,8%	18	25,4%

	Grupo					
	Controlo		Intervenç		Total	
	N	%	N	%	N	%
universitários completos	5	20,8%	6	12,8%	11	15,5%
Total	24	100,0%	4	100,0%	71	100,0%
Trabalho						
inativo	1	4,2%	4	8,5%	5	7,0%
ativo e parado	2	8,3%	4	8,5%	6	8,5%
ativo	21	87,5%	3	83,0%	60	84,5%
Total	24	100,0%	4	100,0%	71	100,0%
Tipo trabalho						
baixo ou nula	13	61,9%	2	62,5%	38	62,3%
media qualificação	3	14,3%	1	25,0%	13	21,3%
alta qualificação	5	23,8%	5	12,5%	10	16,4%
Total	21	100,0%	4	100,0%	61	100,0%
Tipo família estrutura						
monoparental	7	38,9%	9	20,9%	16	26,2%
biparental	11	61,1%	3	79,1%	45	73,8%
Total	18	100,0%	4	100,0%	61	100,0%
Tipo família núcleo						
nuclear	12	66,7%	2	62,8%	39	63,9%
reconstituída	6	33,3%	1	37,2%	22	36,1%
Total	18	100,0%	4	100,0%	61	100,0%
Tipo família nucleo						
M (DP); Mín. - Máx.	3,7 (1,7); 1 - 6		4,7 (1,3); 2		4,3 (1,5); 1 - 8	
Sexo filho						
rapariga	12	50,0%	2	42,6%	32	45,1%
rapaz	12	50,0%	2	57,4%	39	54,9%
Total	24	100,0%	4	100,0%	71	100,0%
Idade filho (anos)						
Média (DP); Mín. - Máx.	9,0 (2,6); 6 - 12		9,0 (2,3); 6		9,0 (2,4); 6 - 12	

M - média; DP - desvio-padrão; Mín. - Máx - valores mínimo e máximo.

5.2. Comparação dos valores do pré-teste entre grupo de controlo Versus Grupo de intervenção (amostras independentes).

Numa primeira análise e na tabela 2, estão representadas as estatísticas descritivas e os resultados dos testes de *Mann-Whitney* para a comparação dos instrumentos KIDSCREEN-10 e GHQ-TOTAL no Pré-teste entre o grupo de controlo e de intervenção. Verificou-se que para ambos os instrumentos em análise, não existe evidência estatística para considerar que existam diferenças significativas ($p > 0,05$). Para o KIDSCREEN-10, não se verificaram diferenças significativas entre os valores do grupo de controlo ($M = 3,81$; $DP = 0,40$) e o grupo de intervenção ($M = 3,77$; $DP = 0,38$); $U = 538,0$; $Z = -0,32$;

$p = 0,750$; $r = 0,04$. De igual forma, relativamente ao instrumento GHQ_TOTAL, constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores do grupo de controlo ($M = 49,00$; $DP = 13,70$) e o grupo de intervenção ($M = 47,55$; $DP = 8,63$); $U=553,5$; $Z = -0,13$; $p = 0,898$; $r = 0,02$. Os tamanhos dos efeitos foram pequenos para ambos os instrumentos ($r \approx 0$).

Tabela 2: Comparação dos Instrumentos KIDSCREEN -10 e GHQ - TOTAL no Pré-Teste entre o grupo de Controlo (n=24) e Intervenção (n =47)

	Grupo Controlo		Grupo Intervenção		U	Z	p	r
	N	M (DP)	N	M (DP)				
KIDSCREEN_10 (Pré-teste)	24	3,81 (0,40)	47	3,77 (0,38)	538,0	-0,32	0,750	0,04
GHQ_TOTAL (Pré-teste)	24	49,00 (13,70)	47	47,55 (8,63)	553,5	-0,13	0,898	0,02

M – média; *DP* – desvio padrão.

U - estatística do teste de Mann-Whitney.

Z - estatística *Z* do teste de Mann-Whitney (estandardizada).

r - magnitude do efeito.

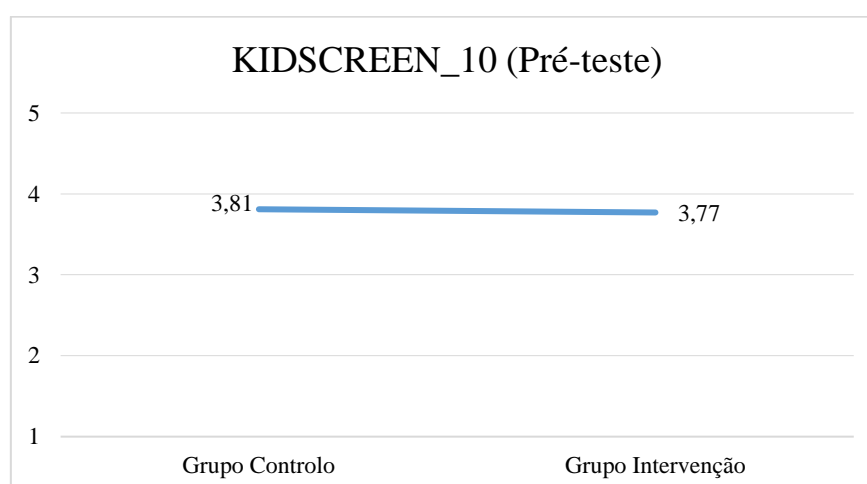


Figura 3: Comparação do Instrumento KIDSCREEN-10 no Pré-teste entre o grupo de Controlo (n=24) e Intervenção (n=47).

Como observado na figura 3: a média do Grupo Controlo (3,81) é ligeiramente superior à do Grupo Intervenção (3,77), mas a diferença não é estatisticamente significativa, como sugere o valor de Z (-0,32) e a magnitude do efeito ($r = 0,04$), que indica um efeito muito pequeno. Portanto, podemos verificar que não há uma diferença significativa entre os dois grupos em relação ao KIDSCREEN_10.

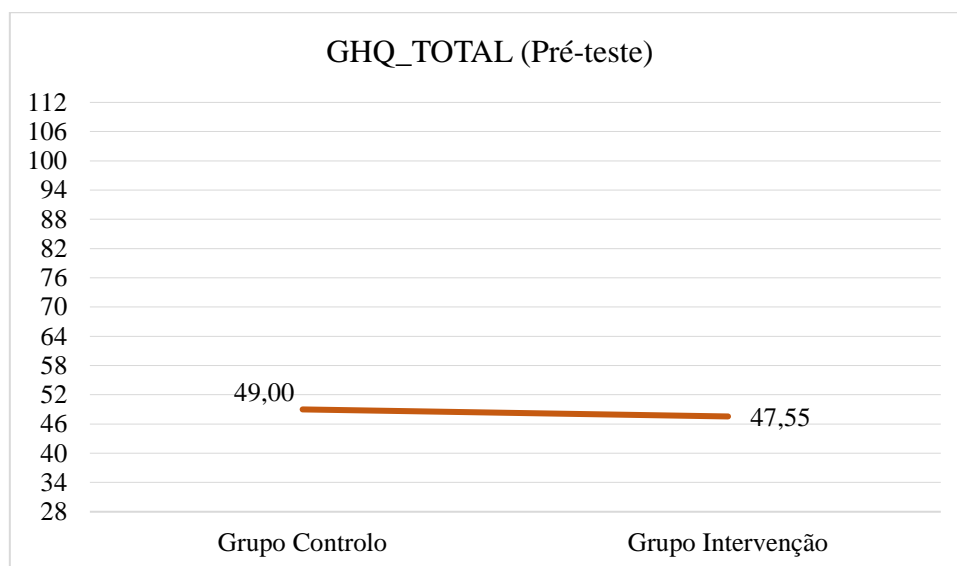


Figura 4: Comparação do Instrumento GHQ_TOTAL no Pré- teste entre o grupo de Controlo (n=24) e Intervenção (n =47).

Na figura 4 e semelhante ao KIDSCREEN_10, a média do Grupo Controlo (49,00), e é maior que a do Grupo Intervenção (47,55), mas a diferença também não é estatisticamente significativa, como indicado pelo valor de Z (-0,13) e a magnitude do efeito ($r = 0,02$), que sugere que a diferença é muito pequena e provavelmente não relevante.

5.3. Comparação valores do Grupo de Controlo Pré-teste Versus Pós-teste (amostras emparelhadas).

A análise da tabela 3, encontram-se representadas as estatísticas descritivas e os resultados dos testes de *Wilcoxon* para a comparação dos instrumentos KIDSCREEN-10 e GHQ-TOTAL entre Pré-teste e Pós-teste, de acordo com o grupo de Controlo. Relativamente ao KIDSCREEN-10, apura-se que não existe uma diferença

estatisticamente significativa entre os valores do pré-teste ($M = 3,81$, $DP = 0,45$) e do pós-teste ($M = 3,92$, $DP = 0,31$); $Z = -1,22$; $p = 0,221$; $r = 0,31$. Quanto aos resultados do instrumento GHQ-TOAL, também não se verifica uma diferença estatisticamente significativa entre os valores do pré-teste ($M = 48,88$, $DP = 14,00$) e do pós-teste ($M = 51,81$, $DP = 9,85$); $Z = -1,11$; $p = 0,266$; $r = 0,28$. Podemos assim considerar, que para os resultados do grupo de controlo, de uma forma geral, quer a perceção de qualidade de vida dos participantes, quer da saúde mental dos participantes, manteve-se estável ao longo do tempo. Os tamanhos dos efeitos foram moderados para ambos os instrumentos ($r \approx 0,3$).

Tabela 3: Comparação dos instrumentos KIDSCREEN -10 e GHQ - TOTAL entre Pré-Teste e Pós-Teste para o grupo de Controlo (n=16)

	Pré-teste (N = 16)	Pós-teste (N = 16)	Z	p	r
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>			
KIDSCREEN_10	3,81 (0,45)	3,92 (0,31)	-1,22	0,221	0,31
GHQ_TOTAL	48,88 (14,00)	51,81 (9,85)	-1,11	0,266	0,28

M – média; *DP* – desvio padrão.

Z - estatística *Z* do teste de *Wilcoxon* (estandardizada).

r - magnitude do efeito.

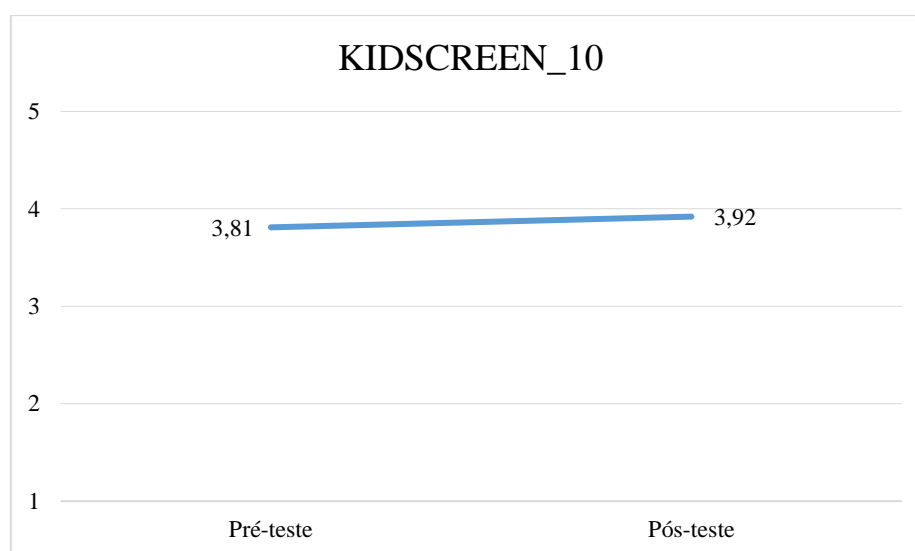


Figura 5: Análise do Instrumento KIDSCREEN-10, entre Pré teste e Pós teste para o grupo de Controlo (n=16)

Na análise feita na figura 5, revela que houve um aumento na média do KIDSCREEN-10 do Pré-teste (3,81) para o Pós-teste (3,92), sugerindo uma leve melhoria. No entanto, o valor p (0,221) é maior que o nível de significância comum de 0,05, indicando que a mudança não é estatisticamente significativa.

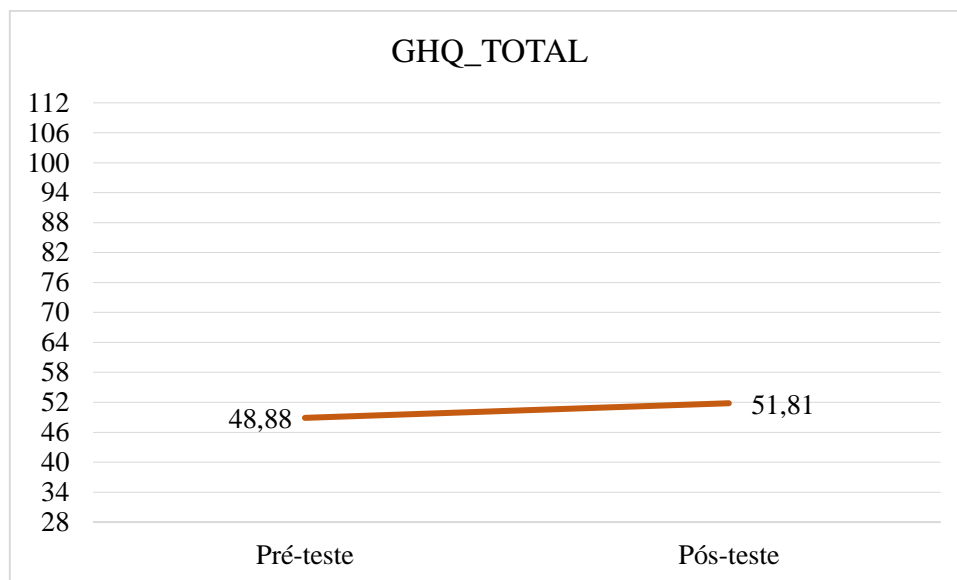


Figura 6: Análise do instrumento GHQ_TOTAL, entre o Pré-teste e Pós-teste para o grupo de Controlo (n=16)

Como observado na figura 6, a média do GHQ-TOTAL aumentou ligeiramente de 48,88 (Pré-teste) para 51,81 (Pós-teste), indicando também uma leve melhoria. Este pequeno aumento poderá indicar uma leve deterioração na saúde mental percebida. Isso sugere que os participantes relataram um aumento em questões relacionadas a problemas de saúde mental após o período que se seguiu ao Pré-teste. E, o valor p (0,266) também é maior que 0,05, o que significa que a mudança não é estatisticamente significativa.

Ambas as análises dos instrumentos mostraram um aumento nas médias do Pré-teste para Pós-teste, indicando uma tendência de melhoria, mas nenhuma dessas mudanças foi estatisticamente significativa, indicando que as diferenças observadas podem não representar uma alteração real na população.

5.4. Comparação dos Valores do Grupo de intervenção pré-teste versus pós-teste (amostras emparelhadas).

Na análise da Tabela 4, encontram-se representadas as estatísticas descritivas e os resultados dos testes de *Wilcoxon* para a comparação dos instrumentos KIDSCREEN-10 e GHQ-TOTAL entre Pré-teste e Pós-teste, de acordo com o grupo de Intervenção. Relativamente ao KIDSCREEN-10, apura-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os valores do pré-teste ($M = 3,82$, $DP = 0,31$) e do pós-teste ($M = 4,10$, $DP = 0,39$); $Z = -4,04$; $p < 0,001$; $r = 0,66$. O tamanho do efeito é elevado ($r > 0,5$). Por outro lado, para o instrumento GHQ-TOTAL, não se verifica uma diferença estatisticamente significativa entre os valores do pré-teste ($M = 47,14$, $DP = 8,82$) e do pós-teste ($M = 47,97$, $DP = 7,30$); $Z = -0,72$; $p = 0,473$; $r = 0,12$. Podemos assim considerar, que para o grupo de intervenção, a perceção de qualidade de vida dos participantes alterou-se ao longo do tempo, sendo significativamente melhor no Pós-teste.

Tabela 4: Comparação dos instrumentos KIDSCREEN-10 e GHQ-TOTAL entre Pré-Teste e Pós-teste para o grupo de Intervenção (n=37)

	Pré-teste	Pós-teste	Z	p	r
	(N = 37)	(N = 37)			
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>			
KIDSCREEN_10	3,82 (0,31)	4,10 (0,39)	-4,036	0,001	0,66
GHQ_TOTAL	47,14 (8,82)	47,97 (7,30)	-0,717	0,473	0,12

M – média; *DP* – desvio padrão.

Z - estatística Z do teste de Wilcoxon (estandardizada).

r - magnitude do efeito.

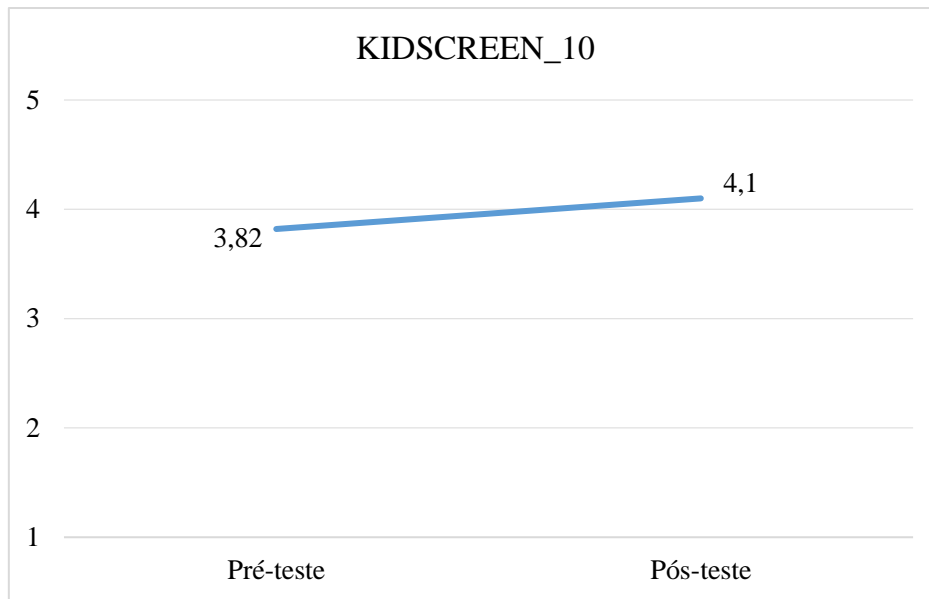


Figura 7: Análise do instrumento KIDSCREEN-10, entre Pré-teste e Pós teste para o grupo de Intervenção (n=37).

Na figura 7 acima representada, a média do KIDSCREEN-10 aumentou de 3,82 (Pré-teste) para 4,10 (Pós-teste), indicando uma melhoria significativa na qualidade de vida percebida pelos participantes do grupo de intervenção. O valor p é de 0,001 sendo muito inferior ao nível de significância de 0,05, indicando que a mudança observada é estatisticamente significativa. Essa diferença é suficientemente forte para descartar a possibilidade de que tenha ocorrido por acaso. O valor r de 0,66 sugere uma grande magnitude do efeito. Esse resultado indica que a intervenção teve um impacto considerado positivo na qualidade de vida dos participantes, representando uma diferenciação significativa em relação ao Pré-teste.

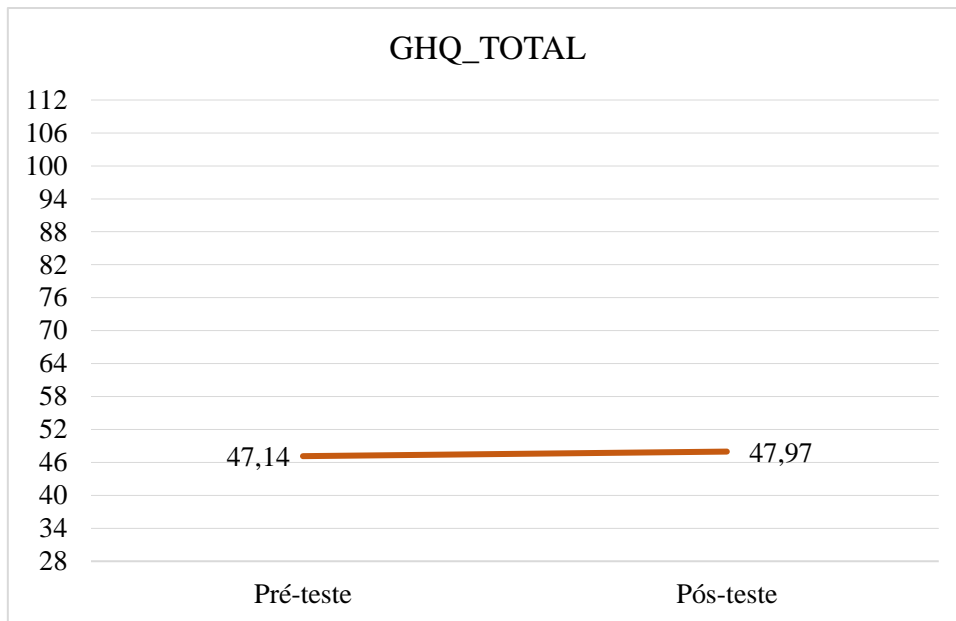


Figura 8: Análise do instrumento GHQ_TOTAL, entre Pré-teste e Pós-teste para o grupo de Intervenção (n=37).

Na figura 8, verifica-se que a média do GHQ-TOTAL aumentou ligeiramente de 47,14 para 47,97, indicando uma leve deterioração na saúde mental percebida pelos participantes. Isso pode sugerir um pequeno aumento nos sintomas de problemas de saúde mental, embora a mudança seja subtil. O valor p de 0,473 é superior a 0,05, o que indica que a mudança não é estatisticamente significativa.

5.5. Comparação dos instrumentos KIDSCREEN-10 e GHQ-TOTAL entre os grupos de controlo e de intervenção nos momentos de pré-teste e pós-teste (amostras independentes).

Numa primeira análise e na tabela seguinte estão representados as estatísticas descritivas e os resultados dos testes de *Mann-Whitney* para a comparação dos instrumentos KIDSCREEN-10 e GHQ-TOTAL entre os grupos de controlo e de intervenção nos momentos de pré-teste e pós-teste. Verificou-se que em todos os casos, as diferenças entre os grupos não atingiram significância estatística ($p > 0,05$). Para o KIDSCREEN-10 no pré-teste, não se verificaram diferenças significativas entre os valores do grupo de controlo ($M = 3,81$; $DP = 0,40$) e o grupo de intervenção ($M = 3,77$; $DP = 0,38$); $U = 538,0$; $Z = -0,32$; $p = 0,750$; $r = 0,04$.) No pós-teste, verificou-se um aumento marginalmente significativo entre o grupo de controlo ($M = 3,92$; $DP = 0,31$) e o grupo

de intervenção ($M = 4,10$; $DP = 0,39$); $U = 211,0$; $Z = -1,66$; $p = 0,097$; $r = 0,23$). Os valores de r indicam que os tamanhos do efeito foram muito pequenos no pré-teste ($r = 0,04$) e pequenos a médios no pós-teste ($r = 0,23$).

Relativamente ao GHQ_TOTAL, constata-se que no pré-teste não se verificaram diferenças significativas entre os valores do grupo de controlo ($M = 49,00$; $DP = 13,70$) e o grupo de intervenção ($M = 47,55$; $DP = 8,63$); $U=553,5$; $Z = -0,13$; $p = 0,898$; $r = 0,02$. De igual forma, no pós-teste, não se verificaram diferenças significativas entre os valores do grupo de controlo ($M = 51,81$; $DP = 9,85$) e o grupo de intervenção ($M = 47,97$; $DP = 7,30$); $U=227,5$; $Z = -1,33$; $p = 0,184$; $r = 0,18$. Os tamanhos do efeito foram muito pequenos no pré-teste ($r = 0,02$) e pequenos no pós-teste ($r=0,18$).

Tabela 5: Comparação dos instrumentos KIDSCREEN-10 e GHQ -TOTAL entre os grupos de controlo e de intervenção para o Pré-Teste e Pós - Teste.

	Grupo Controlo		Grupo Intervenção		U	Z	p	r
	N	M (DP)	N	M (DP)				
	KIDSCREEN_10							
Pré-teste	24	3,81 (0,40)	47	3,77 (0,38)	538,0	-0,32	0,750	0,04
Pós-teste	16	3,92 (0,31)	37	4,10 (0,39)	211,0	-1,66	0,097	0,23
GHQ_TOTAL								
Pré-teste	24	49,00 (13,70)	47	47,55 (8,63)	553,5	-0,13	0,898	0,02
Pós-teste	16	51,81 (9,85)	37	47,97 (7,30)	227,5	-1,33	0,184	0,18

M – média; DP – desvio padrão.

U - estatística do teste de Mann-Whitney.

Z - estatística Z do teste de Mann-Whitney (estandardizada).

r - magnitude do efeito.

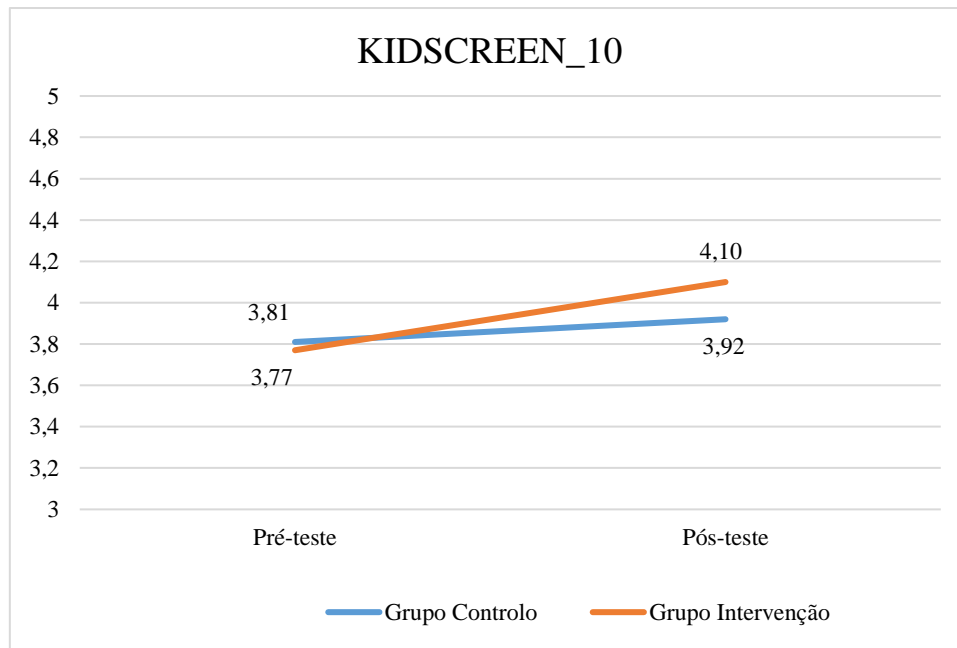


Figura 9: Comparação da evolução dos *scores* do instrumento KIDSCREEN -10 entre os grupos de controlo e de intervenção para o Pré-Teste e Pós-Teste.

Como observado na Figura 9, podemos verificar um leve aumento nos valores do grupo de controlo no pós-teste, enquanto o aumento no grupo de intervenção é mais significativo. Isso sugere que a intervenção pode ter um impacto positivo, embora não seja estatisticamente significativo.

No caso do KIDSCREEN-10, os resultados demonstram que, no pré-teste, não houve diferenças significativas entre os dois grupos. A média do grupo de controlo ($M = 3,81$; $DP = 0,40$) foi ligeiramente superior à do grupo de intervenção ($M = 3,77$; $DP = 0,38$), mas essa diferença não foi estatisticamente significativa, como indicado pelo valor de $p = 0,750$ e um tamanho do efeito muito pequeno ($r = 0,04$). Isso sugere que, antes da intervenção, os dois grupos apresentavam percepções semelhantes em relação ao seu bem-estar.

No pós-teste, observou-se um aumento marginalmente significativo nos *scores* do KIDSCREEN-10 no grupo de intervenção ($M = 4,10$; $DP = 0,39$) em comparação com o grupo de controlo ($M = 3,92$; $DP = 0,31$), com $p = 0,097$ e um tamanho do efeito pequeno a médio ($r = 0,23$). Este resultado sugere uma tendência positiva indicando que a intervenção pode ter tido um impacto benéfico no bem-estar dos participantes, embora não tenha alcançado a significância estatística tradicional ($p < 0,05$).

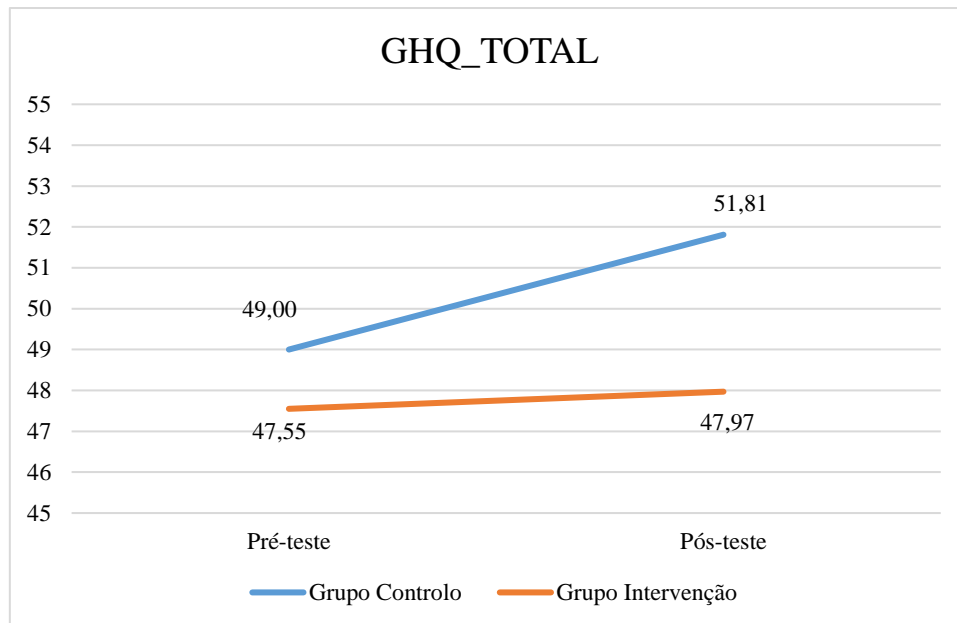


Figura 10: Comparação da evolução dos scores do instrumento GHQ-TOTAL entre os grupos de controlo e de intervenção para o Pré-Teste e Pós-Teste.

Na análise feita da Figura 10, revela que o aumento dos resultados do GHQ-Total no grupo de intervenção é praticamente inexistente, enquanto o grupo de controlo apresenta um aumento mais acentuado. Isso pode indicar que o grupo de controlo, que não recebeu a intervenção, teve uma evolução mais comportamental ou de bem-estar em comparação com o grupo que passou pela intervenção.

Após a intervenção, no pós-teste, ainda persistiu a ausência de uma diferença significativa, onde o grupo de controlo ($M = 51,81$; $DP = 9,85$) superou o grupo de intervenção ($M = 47,97$; $DP = 7,30$), com $p = 0,184$ e um tamanho do efeito pequeno ($r = 0,18$). Este resultado indica que a evolução do bem-estar mental, medida pelo GHQ-TOTAL, não foi favorável para o grupo que passou pela intervenção, podendo sugerir a necessidade de reavaliar a abordagem da intervenção ou os fatores contextuais que podem ter influenciado os resultados.

5.6. Comparação no grupo de intervenção entre o pós-teste e o follow-up (amostras emparelhadas).

A análise da tabela 6, encontram-se representadas as estatísticas descritivas e os resultados dos testes de *Wilcoxon* para a comparação dos instrumentos KIDSCREEN-10 e GHQ-TOTAL entre Pós-teste e Follow-up, de acordo com o grupo de Intervenção. Relativamente ao KIDSCREEN-10, apura-se que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os valores do pós-teste ($M = 4,10$, $DP = 0,35$) e do follow-up ($M = 4,10$, $DP = 0,29$); $Z = -0,21$; $p = 0,833$; $r = 0,04$. Isso sugere que para os resultados do grupo da intervenção, a percepção de qualidade de vida dos participantes manteve-se estável ao longo do tempo. Quanto aos resultados do instrumento GHQ-TOTAL, também não se verifica, pois demonstraram uma diferença estatisticamente significativa entre os valores do pós-teste ($M = 47,68$, $DP = 5,63$) e do follow-up ($M = 46,55$, $DP = 6,04$); $Z = -0,88$; $p = 0,378$; $r = 0,19$. No entanto, sendo a média do valor do follow-up ligeiramente inferior, podemos constatar que existe uma possível melhoria na saúde mental, essa mudança não é estatisticamente significativa. Os valores de r indicam que os tamanhos do efeito foram muito pequenos para ambos os instrumentos KIDSCREEN _ 10 ($r = 0.04$) e pequenos a médios para o GHQ_TOTAL ($r = 0.19$).

Tabela 6: Comparação dos instrumentos KIDSCREEN -10 e GHQ - TOTAL entre Pós - Teste e *Follow-up* para o grupo de Intervenção (n=22)

	Pós-teste (N = 22)	Follow-up (N = 22)	Z	p	r
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>			
KIDSCREEN_10	4,10 (0,35)	4,10 (0,29)	-0,21	0,833	0,04
GHQ_TOTAL	47,68 (5,63)	46,55 (6,04)	-0,88	0,378	0,19

M – média; *DP* – desvio padrão.

Z - estatística Z do teste de Wilcoxon (estandardizada).

r - magnitude do efeito.

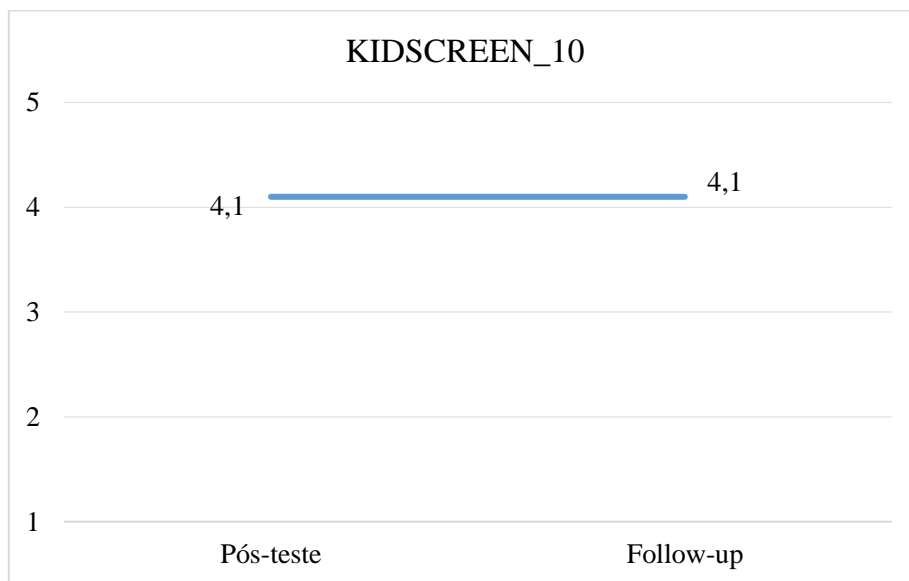


Figura 11: Análise do Instrumento KIDSCREEN-10 entre o Pós-Teste e *Follow-up* para o grupo de Intervenção (n=22).

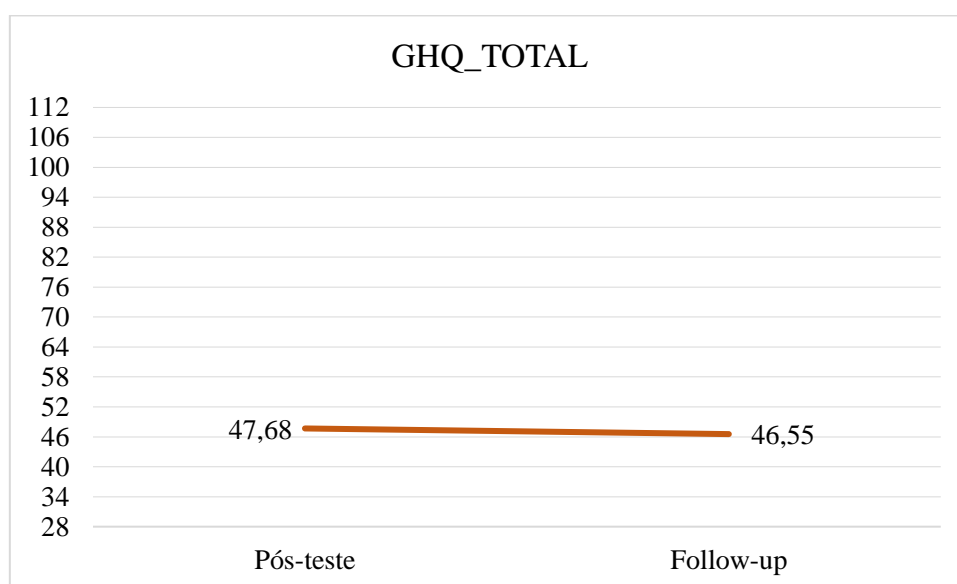


Figura 12: Análise do instrumento GHQ-TOTAL entre Pós-teste e Follow-up para o grupo de Intervenção (n=22).

Verificou-se assim, para os dois instrumentos, KIDSCREEN-10 (Figura 11) e GHQ-TOTAL (Figura 12), que não houve alterações estatisticamente significativas na percepção da qualidade de vida e na saúde mental dos participantes, nomeadamente na avaliação entre os dois momentos de pós-teste e *follow-up*. Esses resultados sugerem que a

intervenção não resultou em melhorias ou deteriorações significativas entre o pós-teste e o follow-up, mantendo a estabilidade dos resultados dos dois instrumentos ao longo do tempo.

6. Discussão

Este estudo surgiu com o objetivo principal de avaliar a eficácia do Programa FAF em Cabo Verde, na promoção da saúde mental dos pais e bem-estar nas crianças. Foi implementado a um grupo de famílias em risco psicossocial na Ilha da Boa Vista, em Cabo Verde. Os resultados destacam a importância de intervenções baseadas em evidências, como o programa FAF, que dependem tanto da intervenção quanto de sua implementação.

De acordo com Walsh (2016) e Hoghughi (2004), os pais exercem um papel fundamental no desenvolvimento saudável das crianças, criando um ambiente seguro e estimulante, abrangendo desde os laços afetivos até suporte familiar. A classificação de Belsky (1984, 2006, 2015) dos determinantes da parentalidade em características pessoais, contexto social e características individuais das crianças proporciona uma compreensão mais abrangente sobre a eficácia parental. Além disso, a visão da parentalidade como uma construção social (Barroso & Machado, 2010) sugere que valores culturais e crenças moldam as práticas e a percepção de uma parentalidade adequada.

A menção ao Programa de Formação e Apoio Familiar (FAF) em Cabo Verde ilustra como intervenções direcionadas podem melhorar as práticas parentais e o bem-estar infantil. A formação focada nas necessidades dos pais é destacada como uma forma eficaz de promover uma parentalidade mais consciente e informada. Este conjunto de informações reforça a importância de apoiar os pais no seu papel, levando em consideração tanto os fatores pessoais e contextuais quanto a necessidade de formação e apoio contínuos. Os desafios enfrentados por pais em contextos de risco, como a instabilidade laboral e problemas conjugais, são cruciais para a discussão da eficácia das práticas parentais. Por outro lado, a formação parental não só promove habilidades educativas eficazes, mas também fortalece a confiança dos pais nas suas habilidades, resultando numa maior resiliência frente às adversidades (Hidalgo et al., 2011; 2016).

O modelo de formação parental de Quintana et al. (2009) sugere que tais intervenções devem ser fundamentadas em dados empíricos e adaptadas às realidades culturais e sociais dos pais. A análise comparativa entre os grupos de controle e intervenção revelou que não houve diferenças estatisticamente significativas nas avaliações KIDSCREEN-10 e GHQ-TOTAL no pré-teste, indicando condições semelhantes de bem-estar e saúde mental nas famílias antes da intervenção. Alinha-se com teorias que relacionam características sociais e psicológicas dos pais à sua capacidade parental, como mencionado por Belsky (1984).

A comparação entre grupos antes da intervenção revela que as condições socioeconômicas afetam percepções de qualidade de vida e saúde mental Bronfenbrenner (1995), resultando em medições semelhantes entre eles. Belsky (1984) adiciona que a eficácia parental é influenciada por fatores individuais dos pais, o contexto social e as características da criança. A falta de diferenças significativas nos dados iniciais sugere que os pais dos dois grupos enfrentam desafios semelhantes, possivelmente devido a contextos sociais que afetam suas práticas parentais.

Nos resultados do grupo de controle nos instrumentos KIDSCREEN-10 e GHQ-TOTAL revelou que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os valores do pré-teste e pós-teste. Isso indica que as percepções da qualidade de vida das crianças e da saúde mental dos pais permaneceram estáveis ao longo do tempo. Embora tenha havido uma leve melhoria nas médias das pontuações, essas mudanças não foram suficientes para validar a eficácia das intervenções, resultando em conclusões incertas sobre o seu impacto.

Desta forma, a influência de múltiplos sistemas sociais no desenvolvimento humano, conforme proposto por Bronfenbrenner (1995), destaca que fatores ambientais têm um papel crucial. A ausência de intervenções no grupo de controle sugere que as influências familiares e sociais foram constantes e insuficientes para provocar mudanças visíveis no bem-estar. Isso implica que alterações significativas na qualidade de vida e na saúde mental podem exigir mais tempo ou uma abordagem mais integrada. Segundo Belsky (1984) a falta de variações no grupo de controle indica que a combinação das características pessoais dos pais e os estressores ambientais não foram suficientes para afetar a percepção de qualidade de vida e saúde mental, evidenciando o impacto das variáveis familiares e sociais nas percepções parentais.

Os resultados do grupo de controle, reforçam a eficácia do programa de intervenção em comparação com aqueles que não participaram e corroboram a teoria de Hoghughi (2004), que sugere que atividades parentais adequadas são fundamentais para evitar problemas de desenvolvimento nas crianças. Portanto, a falta de mudanças no grupo controle ressalta a importância de programas de intervenção estruturados para famílias em situações vulneráveis. É essencial que programas futuros se concentrem em famílias que enfrentam condições de risco psicossocial, como discutido por Nunes & Ayala-Nunes (2019) e Correia et al. (2022).

A análise dos dados do grupo de intervenção entre o pré-teste e o pós-teste revelou *impactos positivos* significativos na percepção da qualidade de vida das crianças, conforme indicado pelo aumento da média no KIDSCREEN-10. Por outro lado, os resultados do GHQ-TOTAL não mostraram diferenças estatisticamente significativas na saúde mental dos pais, levantando questões sobre a eficácia das intervenções e os fatores que podem não ter promovido mudanças na saúde mental dos pais durante o período da intervenção. Em resumo, enquanto a intervenção beneficiou a percepção de bem-estar das crianças, não teve o mesmo efeito significativo na saúde mental dos pais.

Assim, Bronfenbrenner (1995) enfatiza a relevância dos ambientes interativos no desenvolvimento infantil, apontando que intervenções podem criar contextos mais ricos que melhoram a qualidade de vida das crianças através da participação integrada de pais, escola e comunidade. Belsky (1984) complementa essa visão ao destacar que as interações parentais são influenciadas por fatores psicológicos e sociais, sugerindo que a capacitação dos pais por meio de intervenções pode resultar em novas práticas parentais que promovem maior envolvimento, comunicação e suporte emocional.

Adicionalmente, a parentalidade positiva, segundo Nunes e Ayala-Nunes (2017, 2019), é caracterizada pela confiança dos pais nas suas habilidades e pela adoção de práticas mais carinhosas e recetivas. Esse modelo promove uma relação saudável entre pais e filhos, refletindo na qualidade de vida das crianças.

Martins et al. (2022) argumentam que o suporte social é essencial para aumentar a resiliência diante de adversidades. A intervenção promovida resultou numa rede de apoio social mais robusta, o que melhorou a qualidade de vida. Essa expansão do suporte aliviou

a pressão sobre os pais e, conseqüentemente, sobre as crianças, levando a comportamentos parentais mais eficazes em famílias que se sentem apoiadas.

Em contraste, os resultados do GHQ-TOTAL indicaram uma leve alteração na saúde mental dos pais após a intervenção, sem significância estatística. Isso levanta questões sobre a falta de mudanças percebidas pelos pais, mesmo após a intervenção. A saúde mental é uma construção complexa que pode levar tempo para se manifestar em práticas parentais saudáveis. Segundo Mowder e Shamah (2011), as percepções e crenças dos pais sobre sua eficácia como cuidadores não mudam imediatamente após intervenções, e os benefícios podem se desenvolver ao longo do tempo à medida que os pais se adaptam e se tornam mais competentes nas necessidades de seus filhos.

A ausência de diferença significativa no GHQ_TOTAL sugere a complexidade das relações entre suporte social, estresse parental e fatores pessoais na saúde mental. Belsky (1984) destaca que psicopatologia e dinâmicas relacionais entre pais impactam a saúde mental e o desempenho parental. Assim, os efeitos positivos de intervenções na qualidade de vida podem demorar a se manifestar na saúde mental, evidenciando a necessidade de acompanhamentos prolongados. Cid & Matsukura (2010) enfatizam que o suporte social é essencial para o bem-estar emocional dos pais, e a falta de melhorias na saúde mental após a intervenção pode indicar que fatores de estresse persistentes, como dificuldades financeiras e relações interpessoais problemáticas, não foram adequadamente abordados.

Os dados indicam que o programa FAF teve um impacto positivo significativo na qualidade de vida dos participantes, conforme medido pelo KIDSCREEN-10, beneficiando tanto pais quanto filhos. No entanto, a falta de mudanças significativas no GHQ_TOTAL revela a necessidade de abordagens mais abrangentes que considerem os diversos estressores na vida dos pais. Quanto ao follow-up, não foram observadas mudanças estatisticamente significativas nas percepções de qualidade de vida das crianças (KIDSCREEN-10), indicando que essa percepção se manteve estável ao longo do tempo.

Os dados do KIDSCREEN-10 indicam que a qualidade de vida dos participantes permaneceu estável após a intervenção, o que é um sinal positivo, conforme a literatura, o que sugere que os pais estão preparados para enfrentar os desafios da parentalidade em um ambiente de apoio. Estudos anteriores, como o de Cid & Matsukura (2010), ressaltam a relevância do suporte social e do treinamento em habilidades parentais para promover

relações familiares saudáveis e, conseqüentemente, contribuir para a manutenção da qualidade de vida.

Em relação ao GHQ-TOTAL mostrou uma leve diminuição na média da pontuação do *follow-up* em comparação ao pós-teste, o que sugere uma possível melhoria na saúde mental dos participantes ao longo do tempo e que podem ser investigadas em estudos futuros. De acordo com Belsky (1984), características psicológicas dos pais e suas condições de estresse influenciam o comportamento parental e a saúde das crianças, podendo refletir um impacto positivo da intervenção. Além disso, a manutenção da qualidade de vida percebida das crianças, com médias iguais entre o pós-teste e o *follow-up*, sugere que os benefícios da intervenção estão sendo sustentados a longo prazo.

Os resultados indicam que a intervenção pode ter potencial, mas que ainda há espaço para melhorias na sua implementação. Recomenda-se realizar análises adicionais com amostras maiores e diferentes contextos a fim de complementar a análise dos instrumentos utilizados. Nunes e Ayala-Nunes (2019) destacam a importância de programas que apoiem a parentalidade em contextos desafiadores, enfatizando que a formação ao longo do tempo é crucial para a transformação das crenças e práticas parentais.

Os resultados da pesquisa indicam uma evolução nas práticas parentais dos participantes, refletida nas médias do KIDSCREEN-10. Essa melhoria sugere que o programa capacitou os pais com estratégias eficazes e promoveu uma rede de apoio social e emocional. De acordo com Cid & Matsukura (2010) e Martins et al. (2022), o apoio social é fundamental para reduzir o estresse parental e melhorar as práticas educativas. Assim, o suporte do FAF foi crucial para diminuir os estressores e fomentar um ambiente familiar mais positivo.

Pesquisas adicionais do mesmo programa, em diferentes áreas, demonstram que a intervenção do programa FAF teve um impacto positivo significativo nas percepções de eficácia e satisfação parental, além de melhorar a qualidade de vida das crianças (Correia et al., 2024).

A amostra do estudo provém de um contexto socioeconômico vulnerável, semelhante ao do presente estudo, o que é comum entre muitas famílias em situação de risco

psicossocial. A literatura estabelece uma relação direta entre a percepção da competência parental e o desenvolvimento e bem-estar das crianças. De facto, existe uma conexão clara entre o senso de eficácia dos pais e o desenvolvimento infantil, indicando que aqueles que se encontram em contextos socioeconômicos desafiadores frequentemente enfrentam maiores dificuldades em apoiar o crescimento de seus filhos. Os desafios enfrentados por pais em contextos vulneráveis podem ser transmitidos para as futuras gerações, perpetuando um ciclo vicioso de dificuldades socioeconômicas e falta de apoio emocional estes programas podem contribuir para romper esse ciclo, promovendo abordagens mais positivas na educação das crianças (Correia et al., 2024).

Diversos estudos, como o de Reitman et al. (2002), evidenciam a eficácia de programas de educação parental na melhoria das habilidades parentais e na redução de comportamentos problemáticos em crianças. Os resultados deste estudo mostraram que os pais envolvidos relataram melhorias significativas em suas práticas de parentalidade e nos comportamentos dos filhos, sugerindo que intervenções educativas podem fortalecer a eficácia parental e criar um ambiente mais favorável ao desenvolvimento infantil.

O programa *Triple P (Positive Parenting Program)* foi objeto de uma meta-análise que revelou resultados positivos na saúde psicológica dos pais e na diminuição dos problemas de comportamento nas crianças. Pais que participam desse programa, que oferece suporte em múltiplos níveis, relataram também uma redução do estresse. Os dados indicam que programas de parentalidade escaláveis podem ser particularmente eficazes em diferentes contextos e necessidades, contribuindo para uma melhor qualidade de vida familiar (Sanders & Kirby, 2014).

Outra meta-análise realizada por Dretzke et al. (2009) revisou múltiplas intervenções parentais, mostrando de forma consistente que essas ações resultam uma vez mais em melhorias nas práticas parentais e no comportamento das crianças.

Outras investigações reforçam a eficácia de programas estruturados de parentalidade na redução de comportamentos problemáticos, estabelecendo uma relação clara entre a participação em tais programas e a melhoria do comportamento infantil (Baker & Love, C, 2021).

A comparação dos resultados do FAF com outros modelos ressalta a necessidade de uma abordagem integrada e culturalmente sensível, conforme sugerido por Correia et al. (2019). As melhorias observadas destacam a combinação de experiência, educação e suporte social como fundamentais para a eficácia das intervenções. Assim, a pesquisa enfatiza a necessidade de programas contínuos de formação e apoio, especialmente em contextos desafiadores como Cabo Verde, onde fatores sociais e económicos podem impactar a eficácia das iniciativas.

Todos os estudos considerados demonstram coletivamente a eficácia dos programas de promoção da parentalidade positiva. Os resultados do presente estudo e de estudos anteriores, destacam a importância do apoio e da formação contínua para famílias em risco, necessitando de uma abordagem programática que atenda às diversas dimensões da parentalidade. Para promover mudanças significativas e sustentáveis no bem-estar familiar, é crucial considerar que melhorias na saúde mental e na qualidade de vida podem exigir intervenções prolongadas ou complementares. Isso evidencia a necessidade de avaliações contínuas da eficácia do programa FAF e das abordagens de parentalidade positiva.

7. Conclusão e Limitações

O presente estudo avaliou a eficácia do Programa de Formação e Apoio Familiar (FAF) em Cabo Verde com foco na promoção da saúde mental dos pais e no bem-estar das crianças. Os resultados mostraram que o programa teve um impacto positivo significativo na qualidade de vida das crianças, conforme medido pelo instrumento KIDSCREEN-10, alinhando-se com as ideias de Walsh (2016), que destaca a importância de um ambiente seguro e estimulante promovido pelos pais para o desenvolvimento infantil. No entanto, a saúde mental dos pais, avaliada pelo GHQ-TOTAL, não apresentou mudanças significativas, corroborando a afirmação de Belsky (1984) sobre a complexidade dos fatores que afetam a parentalidade e a necessidade de intervenções mais direcionadas para lidar com problemas emocionais e fatores de stress em contextos familiares.

Além disso, o estudo mostrou a importância do apoio social, que foi reforçado pelo programa, como um fator importante para a resiliência familiar para enfrentar adversidades. A construção de redes de apoio social para os pais é um elemento crucial,

uma vez que estudos anteriores (Cid & Matsukura, 2010) indicam que esse suporte pode aumentar a eficácia das práticas parentais e contribuir para um ambiente familiar mais positivo.

No entanto foram identificadas algumas limitações do estudo. Primeiramente, a pesquisa foi realizada num contexto socioeconómico muito específico na Ilha da Boa Vista, Cabo Verde, o que pode restringir a generalização dos resultados para outras regiões ou contextos sociais. Esta limitação é apoiada por Nunes e Ayala-Nunes (2019), que enfatizam a necessidade de investigar a eficácia de intervenções em diversos contextos culturais. Além disso, a dificuldade na mensuração da saúde mental dos pais pode ter contribuído para a falta de mudanças significativas nos resultados do GHQ-TOTAL, sugerindo que fatores de stress persistentes, como problemas financeiros e interpessoais, possam não ter sido adequadamente abordados pela intervenção, uma vez que a literatura (Belsky, 1984) aponta que o stress ambiental e a psicopatologia impactam diretamente as práticas parentais.

A ausência de um acompanhamento longitudinal mais extenso também limita a compreensão dos efeitos a longo prazo do programa, uma preocupação expressa em estudos similares, como os de Correia et al. (2022), que sugerem que as intervenções podem precisar de mais tempo para mostrarem resultados claros.

Outros fatores externos e intervenções que ocorreram durante o período de pesquisa também podem ter influenciado a dinâmica familiar e o bem-estar dos participantes, dificultando a atribuição de resultados exclusivamente ao programa FAF. Por fim, as expectativas dos pais em relação à intervenção podem ter influenciado as suas perceções de eficácia, reforçando a necessidade de incluir a perspetiva de todos os envolvidos na avaliação contínua do programa.

Em síntese, as conclusões do estudo destacam a eficácia do programa na promoção do bem-estar das crianças, mas também indicam que a saúde mental dos pais necessita de uma abordagem mais abrangente. As limitações apontadas sugerem que futuras pesquisas devem-se focar em amostras mais amplas e diversificadas, além de considerar as especificidades sociais e económicas das famílias, buscando aprimorar a eficácia das intervenções e garantir a promoção de uma parentalidade positiva em contextos variados.

A análise revelou melhorias na qualidade de vida das crianças, enquanto a saúde mental dos pais apresentou pouca mudança, destacando a necessidade de abordagens multifacetadas nas intervenções. A implementação do FAF em contextos variados ressaltou a adaptabilidade da abordagem às realidades locais (Correia et al., 2019, 2022). O estudo conclui que a promoção de uma parentalidade positiva em Cabo Verde exige um esforço coletivo entre pais, comunidade e instituições, com suporte político que favoreça o bem-estar familiar e inclua a contextualização cultural nas intervenções.

8. Referencias Bibliográficas

- Ayala-Nunes, L., Jiménez, L., Jesus, S., Nunes, C., & Hidalgo, V. (2018). An ecological model of well-being in child welfare referred children. *Social Indicators Research*, 140(2), 811-836. <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1807-x>
- Baker, A. J. L., & Love, C. (2021). The impact of parenting programs on behavior problems in children: A meta-analysis. *Child Development*, 92(2), 560-576. <https://doi.org/10.1111/cdev.13408>
- Barroso, R. G., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psicológica*, (52-I), p. 211-229.
- Barroso, R. G., & Machado, C. (2015). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. In: G. A. Pluciennik, M. C. Lazzari, & M. F. Chicaro (Eds.). *Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco: Vol. I* (pp. 16-33). <https://doi.org/10.4013/ctc.2020.131.12>
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 83-96. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1984.tb00275.x>
- Belsky, J., & Jaffee, S. R. (2006). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds), *Developmental Psychopathology: Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation*, 38-77.
- Belsky, J., & Jaffee, S. R. (2015). The multiple determinants of parenting. *Developmental Psychopathology: Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation*, 38-85.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, G. H. Elder, & K. Luscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619–647). Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development* (6th ed., Vol. 1, pp. 793–828). John Wiley & Sons, Inc. doi: 10.1192/bjp.111.479.1009-a

- Chaffin, M., Bonner, B. L., & Hill, R. F. (2001). Family preservation and family support programs: Child maltreatment outcomes across client risk levels and program types. *Child Abuse & Neglect*, 25(10), 1269-1289. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00275-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00275-7)
- Cid, M. F. B., & Matsukura, T. S. (2010). Mães com transtorno mental e seus filhos: risco e desenvolvimento. *O mundo da saúde*, 34(1), 73-81.
- Coltro, B. P., Paraventi, L., & Vieira, M. L. (2020). Relações entre parentalidade e apoio social: revisão integrativa de literatura. *Contextos Clínicos*, 13(1), 244-269.
- Correia, A., Keong, A., Nunes, C., Hidalgo García, M. V., & Jesús, S. (2019). Formação e apoio familiar em cabo verde. O relato da experiência dos técnicos e dos participantes. *Psicologia e Educação*, 2(2), 24-30. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/129627/Forma%20a7%20e%20ap%20oio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Correia, A. S., Keong, A. M., & Nunes, C. (2019). Intervenção e apoio a famílias de crianças com necessidades educativas especiais. Relato de uma experiência em Cabo Verde. *Revista Psicologia e Educação On-Line*, 2(1), 75-82. <http://psicologiaeducacao.ubi.pt/Ficheiros/ArtigosOnLine/2019N1/9-%20V2N1online2019.pdf>
- Correia, A., Matavelli, R., Cunha, F. F., Hidalgo, V., Jesus, S. N. D., & Nunes, C. (2022). Family Education and Support Programme: Implementation and Cultural Adaptation in Cape Verde. *Social Sciences*, 11(6), 232. <https://doi.org/10.3390/socsci11060232>
- Dretzke, J., Silman, M., Steadman, L., et al. (2009). The effectiveness of parenting programs in improving parental psychosocial health and the behavior of children: A systematic review and meta-analysis. *Child: Care, Health and Development*, 35(5), 694-709. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00922.x>
- Gaspar, T., de Matos, M.G. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes – Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52*. Aventura Social e Saúde.
- Gonzales, N. A. (2017). Expanding the cultural adaptation framework for population-level impact. *Prevention Science*, 18(6), 689-693. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11121-017-0808-y>

Hidalgo, V., Menéndez, S., López, I., Lorence, B. & Jiménez, I. (2011). Programa de Formación y Apoyo Familiar. *Ayuntamiento de Sevilla*.

Hidalgo García, M., Sánchez Hidalgo, J., Lorence Lara, B., Menéndez Álvarez-Dardet, S., & Jiménez García, L. (2014). Evaluación de la implementación del Programa Formación y Apoyo Familiar en Servicios Sociales. *Escritos de Psicología*, 7(3), 33-41. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2014.1211>

Hidalgo, M. V., Jiménez, L., López-Verdugo, I., Lorence, B., & Sánchez, J. (2016). El programa de " Formación y apoyo familiar" para familias en situación de riesgo psicosocial: el papel del proceso de implementación. *Psychosocial Intervention*, 25(2), 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.03.002>

Hoghugh, M. (2004). Parenting - An Introduction. In M. Hoghugh & N. Long (Eds.), *Handbook of Parenting: Theory and Research for Practice* (pp. 2–18). Sage Publications Inc. doi: 10.4135/9781848608160.n1

Holden, G. W. (2010). Theoretical Perspectives on Parenting. In G. W. Holden (Ed.), *Parenting: A Dynamic Perspective* (pp. 27–54)

López, I (2006). *El apoyo social de familias en situación de riesgo*. Fundación Acción Familiar.

Jiménez, L., & HIDALGO, M. V. (2016). La incorporación de prácticas basadas en evidencias en el trabajo con familias: los programas de promoción de parentalidad positiva. *Apuntes de Psicología*, 34(2-3), 91-100. <https://idus.us.es/handle/11441/64443>

Maya Segura, J. M., & Hidalgo García, M. V. (2016). Evaluación de la implementación del Programa de Formación y Apoyo Familiar con familias peruanas. *Apuntes de Psicología*, 34 (2-3), 119-128. <https://idus.us.es/handle/11441/64474>

Martín-Quintana, J. C., Máiquez Chaves, M., Rodrigo López, M., Byrne, S., Rodríguez Ruiz, B., & Rodríguez Suárez, G. (2009). Programas de educación parental. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 121-133 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000200004

Martins, S., Martins, C., Almeida, A., Ayala-Nunes, L., Gonçalves, A., & Nunes, C. (2022). The Adapted DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire in a

Community Sample of Portuguese Parents. *Research on Social Work Practice*
<https://doi.org/10.1177/10497315221076039>

Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber

Mowder, B. A., & Shamah, R. (2011). Parent behavior importance questionnaire-revised: Scale development and psychometric characteristics. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 295-302.

Nunes, C., Lemos, I., Costa, D., Nunes, L., & Almeida, A. S. (2011). Social support and stressful life events in portuguese multi-problem families. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 5(1), 497-505.
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832343054.pdf>

Nunes, C. & Ayala-Nunes, L. (Coords.) (2019). *Famílias em risco. Avaliação e intervenção psicoeducativa*. Faro: Sílabas e Desafios.

Pais, J. L. R., & Antunes, S. (2003). Contribuição para O Estudo De Adaptação Do Questionário De Saúde Geral De 28 Itens (*General Health Questionnaire GHQ28*). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 37-45.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28750105>

Reitman, D., Currier, R. O., & Knapp, J. (2002). *The effectiveness of a parenting education program in improving parenting skills and reducing child behavior problems*. *Child and Family Behavior Therapy*, 24(3), 1-17.
https://doi.org/10.1300/J019v24n03_01

Rodríguez, G., Camacho, J., Rodrigo, M. J., Martín Quintana, J. C., & Máiquez, M. L. (2006). *Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipales*. *Psicothema*, 18 (2), p. 200-206. <http://hdl.handle.net/10553/46839>

Santos, T. G. S. dos, Matos, M. M. N. G. de, Ribeiro, J. L. P., Leal, I., Erhart, M., & Ravens-Sieberer, U. (2012). *Kidscreen: quality of life in children and adolescents*. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 1(1), 49-64.
<http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/8>

Sanders, M. R., & Kirby, J. N. (2014). *The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support*. *Family Relations*, 63(1), 55-71. <https://doi.org/10.1111/fare.12063>

Sanfelice, G., Schaab, D., Renner, J., & Berlese, D. (2021). Qualidade de vida, crianças, adolescentes e o kidscreen-52: uma revisão de literatura. *Psicologia Saúde e Doenças*, 22 (1), 203-217. https://scholar.google.pt/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=Qualidade+de+vida%2C+crian%C3%A7as%2C+adolescentes+e+o+KIDscreen+52&btnG=

Sheskin, D.J. (2011). *Handbook of Parametric and Nonparametric Statistical Procedures*. Chapman and Hall/CRC.

Walsh, F. (2016). Visões clínicas de normalidade, saúde e disfunção familiar. In F. Walsh (Ed.), *Processos Normativos da Família: Diversidade e Complexidade*- Artmed.