

DM

**As (Ir)Regularidades  
no Funcionamento Parental  
em Contextos de Proteção à Infância**  
Da competência parental ao prognóstico de mudança

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Nádia Mónica Fernandes Dias Pita**

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO



UNIVERSIDADE da MADEIRA

*A Nossa Universidade*

[www.uma.pt](http://www.uma.pt)

junho | 2025



**As (Ir)Regularidades  
no Funcionamento Parental  
em Contextos de Proteção à Infância**  
Da competência parental ao prognóstico de mudança  
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Nádia Mónica Fernandes Dias Pita**  
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO

ORIENTAÇÃO  
Dora Isabel Fialho Pereira



## Agradecimentos

*Proteger é nutrir raízes invisíveis que sustentam a vida, é oferecer suporte ao frágil florescer de cada ser, mesmo nas tempestades.*

Dedico esta dissertação à minha avó. Avó, foste e és o motivo pelo qual eu luto e esquematizo todos os passos que dou em todos os percursos e áreas da vida. Todas essas áreas, mesmo na dor, foram bem-sucedidas porque desde muito cedo ensinaste-me o verdadeiro significado da vida – o ser-se humano. O teu colo era casa, conforto e luz. Agora sinto-o, à distância, de forma mais forte e mais madura. Obrigada pelo que de mais bonito me deste na vida, a educação e os valores, são certamente os elementos-chave para o meu sucesso pessoal e profissional. Sou eternamente grata por ser feita de amor e de saudade. Esta conquista será para sempre em homenagem à garra que tiveste durante toda a vida. Obrigada por me teres guiado ao longo da tua vida, estarás sempre presente em mim.

À Doutora Dora Pereira, cuja sabedoria, generosidade e sensibilidade foram muito além da orientação académica – foram fonte de inspiração. Levo comigo não só o aprendizado intelectual, mas também a admiração pela sua postura ética e dedicação incansável ao conhecimento e às pessoas. Foi uma honra partilhar a minha jornada consigo.

A todos os docentes com quem me cruzei durante todo o percurso académico, eternamente grata pelos ensinamentos, partilha de experiências e incentivo.

Às colegas de curso, o meu grupo especial de seis elementos, por todas as trocas de pensamentos alvoraçados, pelas horas de estudo intenso partilhado e pelo companheirismo até à chegada desta fase.

À psicóloga Luciana Ferreira, por acolher, ressignificar e contribuir para o meu crescimento nas mais variadas áreas da vida. Esteve muitas vezes presente no meu pensamento.

À minha mãe, Ana, por inculcar desde muito cedo a importância da independência, da superação e da resiliência. Sou o reflexo de tudo o que me fizeste ser, destemida, empenhada e trabalhadora.

À minha prima-irmã Sofia, por me acompanhar em todas as jornadas da vida e por estar sempre disponível para abraçar todas as minhas versões. O teu apoio e a forma como encaras o mundo funcionam como um combustível para ir sempre mais além.

À minha tia Ângela, pelas gargalhadas intermináveis que sempre tornaram o percurso mais leve. O cuidado e o sentido de humor sempre será característico da nossa família.

À minha tia Nela, que sempre acreditou na arte de escutar e sempre reforçou o poder do conhecimento. Afinal as montanhas de livros referenciadas pela Nádia de 6 anos são mesmo verídicas. O aprendizado é contínuo.

À prima Fátima e à minha abelhinha Beatriz, pelas palavras certas e cheias de admiração.

Ao meu padrasto Rúben, pela descontração com que sempre vê a vida e pelas palavras encorajadoras.

Ao meu pai, Ivo, que me deu o atributo sensível e doce. Aprendi a acolher o que nem sempre tem nome.

À Rita, a mãe da minha pestinha, pela energia contagiante e por todos os convívios que trazem leveza.

À minha irmã Maria Eduarda, por ter chegado ao mundo no início desta jornada e fazer com que eu consiga ser criança de novo, mesmo que por breves instantes – que eu seja sempre a tua maior referência, mesmo com 19 anos de diferença.

Ao Aléxis, pela fonte de inspiração, carinho, compreensão e suporte, e por nos dias bons e caóticos sempre acreditar em mim. “*As coisas simples são as mais extraordinárias, e só os sábios conseguem vê-las.*” Correto?

Aos meus companheiros de quatro patas, por terem sido os meus fiéis companheiros desde o primeiro dia que os acolhi.

Aos meus amigos, poucos, mas fiéis, pelos momentos de descontração, acolhimento e paciência, foram imprescindíveis para manter o foco.

*Esta dissertação é o sussurro doce de um tempo em que insisti em acreditar  
– mesmo em silêncio.*

*Esta conquista é o eco suave da minha persistência.*

*Ao meu eu e às minhas pessoas, um abraço.*

*Conseguimos!*

## **As (ir)regularidades no funcionamento parental em contextos de proteção à infância: da competência parental ao prognóstico de mudança**

### **Resumo**

A qualidade da parentalidade é imprescindível para o desenvolvimento saudável da criança, e nas situações de risco e de perigo torna-se necessário intervir para proteger a criança e promover o seu bem-estar. Neste contexto, dada a multidimensionalidade de fatores, é essencial que se avalie não só a competência parental, ou seja, como é exercida a parentalidade no momento presente, mas também a capacidade parental, ou seja, o potencial de mudança que os prestadores de cuidados revelam e que acaba se traduzindo na hipótese prognóstica formulada pelo profissional. Assim, a avaliação das implicações do papel parental atual e futuro dos prestadores de cuidados no desenvolvimento da criança irá fundamentar o seu projeto de vida, assegurando um desenvolvimento de qualidade, predizendo o bem-estar futuro da criança. A presente investigação pretende, a partir das respostas dadas no Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (Pereira & Alarcão, 2016), estudar algumas das variáveis que podem impactar a avaliação. Mais especificamente, pretende-se averiguar se a satisfação das necessidades por parte dos prestadores de cuidados está associada a alterações na saúde e desenvolvimento da criança e se a cronicidade das dificuldades dos prestadores de cuidado a nível do controlo dos impulsos estão associadas a problemas de desenvolvimento das crianças. Os dados deste estudo são de natureza categórica e não paramétrica, pelo que a análise dos dados será realizada com aritmética básica e o Teste de Qui-Quadrado.

Os resultados revelaram que a competência parental está mais claramente associada ao desenvolvimento da criança a partir dos cinco anos de idade, enquanto o controlo dos impulsos dos prestadores de cuidados mostrou associação significativa com a competência parental em todos os grupos etários. Verificou-se ainda que as três dimensões analisadas influenciam, em diferentes graus, a Hipótese Prognóstica.

**Palavras-chave:** Avaliação da parentalidade, capacidades parentais, competências parentais, saúde e desenvolvimento da criança, controlo dos impulsos

## **(Ir)regularities in Parental Functioning in Child Protection Contexts: From Parental Competence to Prognosis for Change**

### **Abstract**

The quality of parenting is crucial to the healthy development of children. In situations of risk or danger, it becomes necessary to intervene in order to protect the child and promote their well-being. In this context, and given the multidimensional nature of the factors involved, it is essential to assess not only *parental competence*—that is, the current practice of parenting—but also *parental capacity*, understood as the caregivers' potential for change. This capacity is reflected in the prognostic hypothesis formulated by the professional. Accordingly, evaluating the implications of both the present and future parenting roles of caregivers for the child's development is fundamental to informing the child's life project, ensuring high-quality development, and predicting future well-being. The present study aims to examine, through data obtained using the *Parental Capacity Assessment Guide* (Pereira & Alarcão, 2016), several variables that may influence parental assessment outcomes. Specifically, it investigates whether the degree to which caregivers meet the child's needs is associated with changes in the child's health and development, and whether the chronicity of caregivers' difficulties in impulse control is linked to developmental issues in children. Given the categorical and non-parametric nature of the data, the analysis was conducted using basic arithmetic and the Chi-Square Test.

The results indicate that parental competence is more clearly associated with child development from the age of five onwards. Moreover, caregivers' impulse control showed a significant association with parental competence across all age groups. The findings also suggest that the three dimensions analyzed influence the Prognostic Hypothesis to varying degrees.

**Key-words:** Parenting assessment, parental capacity, parental competence, child health and development, impulse control

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>8</b>
<b><i>I – Enquadramento conceptual.....</i></b>	<b>9</b>
<b>Modelo Funcional do Comportamento Parental .....</b>	<b>9</b>
<b>Saúde e Desenvolvimento da Criança.....</b>	<b>10</b>
<b>Controlo dos Impulsos .....</b>	<b>13</b>
<b>Competência Parental.....</b>	<b>16</b>
<b>Processo de mudança e competência parental na relação entre a saúde e o     desenvolvimento da criança e o controlo dos impulsos.....</b>	<b>18</b>
<b>Parentalidade positiva e educação parental .....</b>	<b>21</b>
<b><i>II – Objetivos.....</i></b>	<b>27</b>
<b><i>III – Metodologia .....</i></b>	<b>31</b>
<b>Participantes.....</b>	<b>31</b>
<b>Instrumento – O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais .....</b>	<b>31</b>
<b>Procedimentos .....</b>	<b>34</b>
Análise de dados .....	34
<b><i>IV – Resultados .....</i></b>	<b>37</b>
<b><i>Discussão .....</i></b>	<b>51</b>
<b><i>Conclusão .....</i></b>	<b>57</b>
<b><i>Referências Bibliográficas .....</i></b>	<b>59</b>
<b><i>Anexos.....</i></b>	<b>68</b>

## Índice de Tabelas

- Tabela 1.** Operacionalização das possíveis classificações das Dimensões 2, 4 e 5
- Tabela 2.** ClassificaçãoSimplificadaD2 \* ClassificaçãoSimplificadaD4 – Recodificação das variáveis D2 e D4, respetivamente (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Análise Descritiva
- Tabela 2.1.** ClassificaçãoSimplificadaD2 \* ClassificaçãoSimplificadaD4 – Recodificação das variáveis D2 e D4, respetivamente (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Teste de Qui-Quadrado de Pearson
- Tabela 3.** ClassificaçãoSimplificadaD2 \* Competências Parentais - Recodificação da variável D2 (Quando *Select cases* > idadecat > 2): Análise Descritiva
- Tabela 3.1.** ClassificaçãoSimplificadaD2 \* Competências Parentais - Recodificação da variável D2 (Quando *Select cases* > idadecat > 2): Teste de Qui-Quadrado de Pearson
- Tabela 4.** Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (idadecat ≤ 2): Análise Descritiva
- Tabela 4.1.** Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (idadecat ≤ 2): Teste de Qui-Quadrado de Pearson
- Tabela 5.** Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (idadecat > 2): Análise Descritiva
- Tabela 5.1.** Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (idadecat > 2): Teste de Qui-Quadrado de Pearson
- Tabela 6.** ClassificaçãoSimplificadaD2 \* ClassificaçãoSimplificadaD5 - Recodificação das variáveis D2 e D5, respetivamente (Quando *Select cases* > idadecat ≤ 2): Análise Descritiva
- Tabela 6.1.** ClassificaçãoSimplificadaD2 \* ClassificaçãoSimplificadaD5 - Recodificação das variáveis D2 e D5, respetivamente (Quando *Select cases* > idadecat ≤ 2): Teste de Qui-Quadrado de Pearson
- Tabela 7.** Saúde e Desenvolvimento da Criança \* ClassificaçãoSimplificadaD5 - Recodificação da variável D5 (Quando *Select cases* > idadecat > 2): Análise Descritiva
- Tabela 7.1.** Saúde e Desenvolvimento da Criança \* ClassificaçãoSimplificadaD5 - Recodificação da variável D5 (Quando *Select cases* > idadecat > 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson

- Tabela 8.** Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat  $\leq 2$  AND Controlo dos Impulsos  $\leq 2$ ): Análise Descritiva
- Tabela 8.1.** Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat  $\leq 2$  AND Controlo dos Impulsos  $\leq 2$ ): Teste Qui-Quadrado de Pearson
- Tabela 9.** Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat > 2 AND Controlo dos Impulsos  $\geq 2$ ): Análise Descritiva
- Tabela 9.1.** Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat > 2 AND Controlo dos Impulsos  $\geq 2$ ): Teste de Qui-Quadrado de Pearson
- Tabela 10.** Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat  $\leq 2$  AND Controlo dos Impulsos  $\geq 2$ ): Análise Descritiva
- Tabela 10.1.** Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat  $\leq 2$  AND Controlo dos Impulsos  $\geq 2$ ): Teste Qui-Quadrado de Pearson
- Tabela 11.** Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat > 2 AND Controlo dos Impulsos  $\geq 2$ ): Análise Descritiva
- Tabela 11.1.** Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat > 2 AND Controlo dos Impulsos  $\geq 2$ ): Teste Qui-Quadrado de Pearson
- Tabela 12.** Competências Parentais \* Hipótese Prognóstica: Análise Descritiva
- Tabela 12.1.** Competências Parentais \* Hipótese Prognóstica: Teste Qui-Quadrado de Pearson
- Tabela 13.** Controlo dos Impulsos \* Hipótese Prognóstica: Análise Descritiva
- Tabela 13.1.** Controlo dos Impulsos \* Hipótese Prognóstica: Teste Qui-Quadrado de Pearson
- Tabela 14.** Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Hipótese Prognóstica: Análise Descritiva
- Tabela 14.1.** Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Hipótese Prognóstica: Teste Qui-Quadrado de Pearson

## Introdução

Ao longo das últimas décadas têm sido observadas mudanças sociais e na estrutura familiar que se repercutiram no funcionamento das famílias e, como tal, na forma como educam as crianças. Cada vez mais tem-se em consideração os direitos das crianças e a sua promoção, tanto a nível humano como também legal, sendo notório o alarme social quanto aos maus-tratos infanto-juvenis (Coutinho et al., 2012; Mendes, 2010). O sistema de promoção e proteção português sofreu mudanças legais importantes nos últimos anos. Passou-se de um sistema que privilegiava a institucionalização prolongada das crianças para um sistema que cada vez mais atende à diversidade nas respostas dadas às especificidades das inúmeras problemáticas associadas àquela criança/jovem em risco. A intervenção dos profissionais no contexto de proteção à infância implica que se tomem decisões a fim de proteger a criança como também promover o desenvolvimento desta. A avaliação que se efetua assenta sobre a forma como os prestadores de cuidados assegurarão adequadamente as necessidades da criança (Pereira & Alarcão, 2015a). Nesta linha de pensamento, a avaliação da parentalidade torna-se fundamental no sentido em que, o papel parental atual e futuro terá implicações no ajustamento psíquico e social das crianças e jovens. Assim, tal avaliação irá fundamentar o seu projeto de vida com o objetivo de assegurar um desenvolvimento de qualidade, predizendo a segurança e o bem-estar futuro da criança ou jovem (Pereira & Alarcão, 2010).

Sendo a parentalidade e as práticas parentais importantes para o bem-estar e desenvolvimento das crianças, torna-se indispensável compreender os mecanismos que se encontram por detrás das práticas parentais, o que as promove e o que as influencia (Coutinho et al., 2012; Vasconcelos, 2024). Em muitos casos os prestadores de cuidados necessitam de obter conhecimentos, habilidades e apoios, de modo a conseguirem dar respostas mais adequadas às crianças, assegurando assim um funcionamento coerente do seu papel de cuidadores e promotores do desenvolvimento (Rodrigues, 2022). Apesar das práticas parentais serem de extrema importância no desenvolvimento normativo e não normativo das crianças, elas não são os únicos fatores que exercem influência no desenvolvimento. Outros fatores como rede de apoio social, características e capacidades individuais na adversidade devem ser considerados (Patias et al., 2013).

Ao nível da relação cuidadores-criança, a capacidade de regulação emocional dos cuidadores assume um importante papel na medida em que é esta capacidade que irá moldar e adequar as respostas dos cuidadores às interações da criança, sem que ajam

meramente no sentido do impulso dado pelos estados emocionais (Dix, 1991; Morris et al., 2017).

Na presente investigação, através da análise de dados recolhidos pelo Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (Pereira & Alarcão, 2016), instrumento utilizado pelos profissionais durante a avaliação das situações, procurou conhecer-se melhor algumas das variáveis nomeadamente, a saúde e desenvolvimento da criança, a competência parental e o controlo dos impulsos que poderão ter influência na Hipótese Prognóstica (decisão final) dos profissionais avaliadores, neste caso, os gestores de caso e, conseqüentemente, na intervenção/processo de mudança.

## **I – Enquadramento conceptual**

### **Modelo Funcional do Comportamento Parental**

Segundo Pereira (2013), o Modelo Funcional do Comportamento Parental apresenta as estruturas funcionais de capacidade e competência parental, servindo de suporte à apresentação dos resultados das avaliações da capacidade parental. Este modelo concebe a estrutura do comportamento parental pela interação de três componentes funcionais: a capacidade parental, os processos mediadores e a competência parental. A capacidade parental, ou seja, o potencial do prestador de cuidados que lhe permite exercer o seu papel, decorre da interação entre a estrutura psíquica do cuidador, nomeadamente, os seus *working-models*, a sua personalidade, a sua capacidade cognitiva e as condições que poderão afetá-la, como a doença mental, as limitações cognitivas, o abuso de substâncias ou a violência doméstica; e os componentes do ecossistema, sendo eles os modificadores relacionais, destacando-se a criança como o principal modificador, e os restantes elementos da sua rede social; ou os modificadores contextuais, referindo-se às condições socioeconómicas e culturais em que é exercida a função parental.

A capacidade parental exhibe-se no exercício da parentalidade através das competências parentais, sendo esta considerada a parte observável da parentalidade. As competências parentais dividem-se em três grandes grupos, nomeadamente, as que terão de ser constantemente atualizadas ao longo da vida dos filhos em função da idade e do desenvolvimento, como por exemplo a promoção da autonomia; as competências específicas, utilizadas numa determinada fase do desenvolvimento e não voltam a ser

utilizadas, como por exemplo o preparo da alimentação do bebê; e aquelas utilizadas em circunstâncias especiais, como por exemplo quando a criança tem uma doença crônica ou uma perturbação do desenvolvimento que exige proporcionar cuidados específicos.

O exercício destas competências decorre de um processo em permanente interação e atualização entre a capacidade parental dos pais e os mediadores, sendo estes últimos, processos afetivos e cognitivos que, dependendo das suas características, influenciarão a qualidade das competências parentais. Exemplificando, pais com dificuldade no controlo dos impulsos têm maior probabilidade de exercer uma parentalidade disfuncional, logo é provável que a qualidade das suas competências parentais seja afetada. Toda esta envolvente se desenvolve sob dois eixos temporais, o sincrónico, ou seja, como é que toda a envolvente funciona num determinado momento; e o diacrónico, como é que a mesma progride ao longo do tempo (Calheiros & Garrido, 2014; Nunes et al., 2019; Pereira, 2013; Sani & Caridade, 2016;).

### **Saúde e Desenvolvimento da Criança**

O desenvolvimento da criança enquadrado nos modificadores relacionais como componente da capacidade parental está inserido num sistema complexo de relacionamentos (Frosch et al., 2019; Pereira e Alarcão, 2016). Segundo Belsky (1980), Bronfenbrenner (1979) e Masten e Shaffer (2017), o desenvolvimento da criança é influenciado por fatores individuais da criança, fatores familiares e fatores contextuais. A família, como principal contexto, constitui-se como um recurso emocional e cognitivo fulcral ao desenvolvimento, sendo a interação pais-filhos e os cuidados parentais parte determinante para o desenvolvimento de competências e habilidades.

As diferentes fases de desenvolvimento das crianças acarretam diferentes tarefas e desafios para os pais, pelo que se pressupõe que o bem-estar dos pais varia de acordo com a idade e as especificidades da criança e com a fase do ciclo vital que os próprios pais se encontram, como também pelas suas próprias experiências. Deste modo, as características inerentes a essas diferentes etapas e as mudanças advindas dessas características influenciam o quotidiano dos pais, moldando e estruturando a parentalidade (Bornstein et al., 2017; Coutinho, 2012; Cowan & Cowan, 2012; Lansford, 2017; Meier et al., 2018; Vasconcelos, 2024). Os pais também precisam ter conhecimento acerca do desenvolvimento infantil para que possam estar sensivelmente sintonizados com as capacidades dos seus filhos, exercendo práticas parentais mais adequadas à fase de

desenvolvimento. Por exemplo, as crianças quando bebês necessitam de muito tempo despendido por parte dos cuidadores a nível da alimentação, dos cuidados de higiene básica e conforto. No entanto, à medida que as crianças atingem a idade escolar, as suas necessidades de desenvolvimento mudam e os cuidadores concentram os seus esforços na orientação e supervisão da exploração que a criança faz no seu meio envolvente (Aragão, 2014; Cruz, 2014; Sanders et al., 2019).

A vulnerabilidade associada à idade pediátrica e o reconhecimento do importante papel dos cuidadores apontam para que a satisfação das necessidades de saúde da criança sejam uma preocupação central para os cuidadores, seja em situação de saúde ou doença. O estabelecimento de bons hábitos de saúde na infância através de uma alimentação adequada, rotinas de sono, exercício, higiene pessoal, condições habitacionais, brincar e práticas de segurança são comportamentos comumente recomendados e são a base para o estabelecimento de um desenvolvimento positivo, principalmente nos primeiros anos de vida caracterizados por uma elevada plasticidade neuronal e rápido ajustamento à estimulação parental. As crianças aprendem estes comportamentos sob a orientação e assistência dos seus pais ou outros cuidadores primários, e esta aprendizagem é crucial pois os comportamentos de saúde estabelecidos na infância muito provavelmente se estenderão até a idade adulta. Os cuidadores são modelos influentes e referências sociais para as crianças ao longo do seu desenvolvimento (Aragão, 2014; Park & Walton-Moss, 2012; Thompson, 2014).

A prematuridade, o recurso inesperado a um serviço de urgência ou o surgimento de doença e a sua conseqüente hospitalização ou prognóstico negativo representam uma crise não normativa que potencia o surgimento de stressores que levam ao aparecimento de novas necessidades físicas, emocionais e cognitivas (Pinquart, 2017). A instabilidade pode surgir dada a falta de preparação familiar para a resposta às necessidades do recém-nascido prematuro ou da criança doente. Deste modo, a situação nova, desconhecida, ameaçadora e, por vezes, com prognóstico incerto, ocorre num ambiente confuso e assustador onde os pais podem sentir medo na prestação de cuidados ou ter dúvidas acerca das suas competências para o cuidado parental (Aragão, 2014).

O desenvolvimento da criança poderá então ser definido como um processo complexo e multideterminado que se inicia com a conceção e que engloba o crescimento físico, a maturação neurológica, o desenvolvimento comportamental, sensorial, cognitivo e de linguagem, assim como as relações socio afetivas que tornam a criança capaz de responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando o seu contexto de vida. Os

primeiros anos de vida são particularmente importantes para o indivíduo, neles estão os períodos sensíveis e críticos do desenvolvimento devido à intensa atividade neurobiológica. Como tal, esse período é mais favorável às intervenções, havendo maior probabilidade de sucesso relativamente a alguns sintomas e na alteração de desvios do desenvolvimento típico impostos pela genética e/ou por alterações ambientais, como a falta de estimulação. Conforme o indivíduo vai crescendo, a neuroplasticidade se mantém, porém num nível menor, o que requer um esforço maior para atingir o resultado esperado (Noer & Halpern, 2018).

O conhecimento do desenvolvimento típico da criança, da vigilância e promoção do desenvolvimento servirá de base para a comparação com possíveis alterações, facilitando a detecção precoce dos atrasos do desenvolvimento infantil. A intervenção precoce para crianças com atraso no desenvolvimento fará uma diferença significativa na sua qualidade de vida, pois ao identificar atempadamente esses desvios, otimizará o potencial da criança e melhorará, conseqüentemente, a sua participação efetiva e autônoma na sociedade (Noer & Halpern, 2018).

O desenvolvimento atípico é então caracterizado por indivíduos com necessidades educativas especiais que apresentam deficiência física ou intelectual, ou prejuízo no acompanhamento do processo de ensino e aprendizagem por dificuldades e/ou deficiências que podem não estar necessariamente inerentes a uma causa genética. Uma criança com desenvolvimento atípico modifica os planos, aumenta a responsabilidade e as necessidades, causa maiores níveis de stress e leva a modificações nas práticas educativas parentais, exigindo uma readaptação da estrutura familiar que poderá até se prolongar para toda a vida dada a maior atenção para os cuidados diários e o acompanhamento médico (Hsiao, 2017; Minetto & Löhr, 2016; Minetto et al., 2012; Minetto, 2018; Pinquart, 2017; Rocha & Souza, 2018).

Cuidadores de crianças com desenvolvimento atípico passam a lidar com uma realidade diferente da idealizada, pelo que necessitam desenvolver novas habilidades, começando pela obtenção de informações sobre a problemática, pelo conhecimento dos recursos e técnicas que possam ajudar a criança no seu desenvolvimento, assim como precisam ser orientados e ter redes de apoio específicas para se tornarem facilitadores da aprendizagem e desenvolvimento ótimo dos filhos de modo que estes atinjam o seu potencial (Dias & Pimental, 2016; Minetto & Löhr, 2016; Minetto et al., 2012). Podemos então concluir que o exercício da parentalidade e o desenvolvimento da criança influenciam-se mutuamente, existindo múltiplas variáveis que podem impedir que os

cuidadores estabeleçam sentimentos positivos acerca da sua capacidade de eficácia parental (Fernandes, 2021).

### **Controlo dos Impulsos**

O stress é considerado pela relação do indivíduo com o meio e resulta da avaliação que cada indivíduo tem das exigências da vida quotidiana, considerado os seus mecanismos de *coping*. O stress pode ser considerado como adaptativo e necessário quando existe capacidade de resposta ao stressor. No entanto, quando os níveis de stress vão além do stress adaptativo e existe um conflito entre as exigências do quotidiano e as aptidões e recursos do indivíduo, este entra em desequilíbrio a vários níveis, nomeadamente, a nível fisiológico, psicológico e social (Crosswell & Lockwood, 2020). O stress é um dos grandes desestabilizadores das funções parentais e aumenta a probabilidade de os cuidadores serem reativos e severos, como também interfere na capacidade dos pais em responder de forma construtiva às competências necessárias para atender às necessidades dos seus filhos (Abidin, 1992; Costa, 2011; Fang et al., 2022; Mak, 2020; Vasconcelos, 2024). A parentalidade é uma tarefa altamente complexa que, muitas vezes, é executada em situações muito exigentes, com recursos pessoais e físicos limitados, e em relação à criança que, em virtude de algum atributo mental ou físico, torna a parentalidade extremamente difícil para os pais. A vida e o stress parental, contudo, não conduz inevitavelmente a uma parentalidade disfuncional, em segmentos desfavorecidos da sociedade, muitos cuidadores exercem com competência a sua parentalidade. Da mesma forma que, a negligência e a parentalidade disfuncional ocorrem em todos os segmentos da sociedade (Abidin, 1990).

Segundo Abidin (1990), a interação pais-filho e o desenvolvimento da criança ocorrem na complexa interação entre a figura parental, a criança e o meio envolvente, sendo que cada um destes três domínios engloba um grande número de variáveis que aumentam ou diminuem o stress parental na díade cuidador-criança. As causas do stress parental, da parentalidade disfuncional e desenvolvimento infantil só serão compreendidas através da compreensão da interação entre as variáveis e as mudanças nos comportamentos e cognições em função dos eventos recorrentes. A variável papel parental, estando inerente a assunção da responsabilidade, representa um conjunto de crenças e expectativas que servem como moderador das influências mais distais. Cada cuidador é visto como tendo um modelo interno de si mesmo como cuidador. Esse modelo

é criado a partir da história do indivíduo, nomeadamente, a vinculação, e inclui os objetivos do indivíduo para si mesmo e as suas expectativas internalizadas. No exercício da parentalidade, os pais avaliam o dano ou o benefício desse exercício e o resultado dessa avaliação produz o nível de stress que os pais experimentam (Abidin, 1992).

De acordo com Abidin, a personalidade parental e a psicopatologia desempenham um papel importante na construção do stress parental, concluindo-se que a ansiedade e a depressão são potenciais fatores de risco para desencadear níveis mais altos de stress parental. Deste modo, estes estados psicológicos podem prejudicar a capacidade dos pais em iniciar e/ou manter interações afetivas positivas com os seus filhos e outros membros da família, pelo que estes pais estão propensos a apresentar práticas parentais disfuncionais (Beveridge et al., 2024; Fang et al., 2022; Pinquart, 2017; Zitzmann et al., 2024;). A personalidade dos cuidadores poderá condicionar a parentalidade através das atribuições, pois os indivíduos tendem a desenvolver esquemas cognitivos e afetivos com base na sua experiência de vida, ou seja, a sua própria experiência de ser criança e todo o seu crescimento, influencia o seu comportamento enquanto pais (Lalanda, 2012).

A família funciona num conjunto de contextos mais amplos, incluindo a comunidade, a cultura, marcos históricos vivenciados e outros indivíduos, como outros parentes, a escola e locais de trabalho, pelo que devem ser consideradas outras fontes de influência no exercício parental (Deater-Deckart, 2005). O stress parental poderá surgir associado a outras problemáticas, tais como, o nível socioeconómico familiar, a situação profissional, a existência de mais de um filho, o baixo suporte social e baixo suporte familiar e de pares, a baixa qualidade de vida, dificuldades familiares, problemas psicológicos, resultando numa baixa satisfação parental (Fang et al., 2022; Gupta, 2007; Meaney et al., 2020; Park & Walton-Moss, 2012).

Também os problemas psicossociais das crianças e os problemas de externalização e internalização são frequentemente associados ao stress parental, sendo particularmente desafiador para os cuidadores. Este tende a suscitar nos cuidadores um comportamento menos adequado, com maior hostilidade e menor sensibilidade às necessidades da criança (Lalanda, 2012). O comportamento dito problemático da criança contribui para o aumento do stress parental ao longo do tempo, pelo que altos níveis de stress parental exacerba o comportamento problemático da criança (Smorti et al., 2024). Também pais de crianças com condições crónicas podem experimentar níveis elevados de stress parental, pois além das tarefas típicas à idade, enfrentam outras relacionadas à condição de saúde (Barroso et al., 2017; Hsiao, 2017; Morawska et al., 2023; Pinquart,

2017). Por último, o apoio social, que se refere às relações sociais ou recursos fornecidos por outros, facilita aquando de circunstâncias stressantes ou difíceis, sendo que, um apoio social de qualidade está relacionado a um menor stress parental. Diferentes contextos de apoio social exercem influência no stress parental no sentido em que tem impacto direto ou indireto noutros fatores e noutras áreas da vida. Por exemplo, cuidadores que recebem maior apoio social sentem maior autoeficácia e senso de competência parental, conseguindo lidar de forma mais adaptativa com uma criança exigente (Fang et al., 2022).

O stress parental é, assim, o resultado de uma série de avaliações feitas por cada progenitor do seu nível de compromisso com o papel parental. Conceitualmente, o stress dos pais é visto como uma variável motivacional que energiza e encoraja os pais a utilizar os recursos disponíveis na parentalidade. A riqueza ou escassez de recursos disponíveis desempenha um papel fundamental no comportamento parental (Abidin, 1992; Hsiao, 2017).

A autorregulação está relacionada a fatores pessoais, comportamentais e ambientais, que atuam separadamente, mas são interdependentes, e evoluem num contexto social amplo que pode favorecer ou dificultar o seu desenvolvimento. Assim, existem processos intrínsecos e extrínsecos envolvidos no desenvolvimento da autorregulação (Cherian, 2024). A capacidade dos cuidadores de controlar os seus pensamentos, emoções e comportamentos em resposta a informações sobre o contexto atual, estado e necessidades das crianças e, às vezes, o comportamento de outras pessoas, por exemplo, parceiros, avós, cuidadores de crianças, professores, treinadores, é fundamental para uma adaptação bem-sucedida ao papel de cuidador. Nas interações diárias, momento a momento, os cuidadores eficazes mantêm continuamente a consciência do seu próprio comportamento, das necessidades e comportamentos dos seus filhos e das exigências do contexto social imediato, respondendo adequadamente de acordo com os seus valores e objetivos. No caso dos cuidadores que estão a fortalecer as suas práticas parentais, a autorregulação refere-se a cuidadores com as habilidades necessárias para automonitorar e adaptar as suas próprias atribuições e comportamentos e a serem independentes na resolução de problemas (Lin et al., 2023; Sanders et al., 2019). A autorregulação é fundamental para a manutenção de práticas parentais positivas, estimulantes e não abusivas que promovem o desenvolvimento e a saúde das crianças. A parentalidade contribui amplamente para o percurso desenvolvimental da criança, sendo que regula a maioria das interações criança-ambiente e a forma como esta se adapta às situações (Bornstein et al., 2017; Rodrigues, 2022).

Habilidades de regulação emocional devem integrar a consciência e compreensão das emoções, a aceitação das emoções, a capacidade de controlar comportamentos impulsivos e comportar-se de acordo com os objetivos desejados quando experimentadas emoções negativas e a capacidade de usar de forma flexível estratégias adaptativas de regulação emocional para moldar as respostas emocionais conforme o objetivo e os desafios. Por sua vez, as dificuldades nestas dimensões constituem a desregulação emocional (Tani et al., 2017). Cuidadores com habilidades de regulação emocional menos eficazes experimentam níveis mais elevados de stress parental (Hsiao, 2017). Assim, quanto maior o nível de stress experienciado pelos pais, pior será o ambiente oferecido por eles às crianças (Costa, 2011; Mak, 2020).

A parentalidade pode ser particularmente desafiadora quando a capacidade de autorregulação dos cuidadores é afetada negativamente por fatores como a saúde mental, por exemplo, depressão; problemas de abuso de substâncias; ou até mesmo quando os cuidadores se sentem sobrecarregados, por exemplo, quando uma criança tem um problema significativo de saúde mental ou de desenvolvimento, uma condição de saúde crónica ou apresenta risco de vida. Os cuidadores que apresentam estes problemas têm maior probabilidade de ter prejudicada a sua capacidade de regular as suas cognições, emoções e comportamentos (Sanders et al., 2019; Zitzmann et al., 2024).

Segundo o estudo de Gupta (2007), pais de crianças com necessidades especiais de saúde experimentam mais stress do que pais de crianças com desenvolvimento típico, pelo que condições crónicas, tanto médicas como psicológicas, exigem mais dos pais e influencia o sentido de competência dos mesmos, aumentando a probabilidade de situações de stress. Além do tipo da necessidade especial, as estratégias de *coping* da família e os apoios formais e informais disponíveis também determina o nível de stress parental. Podemos então concluir que os fatores associados ao stress parental também podem diferir entre os pais que cuidam de uma criança com desenvolvimento atípico versus típico, flutuando de acordo com os estágios de desenvolvimento (Brito & Faro, 2016; Fang et al., 2022; Lima et al., 2024).

### **Competência Parental**

A importância da parentalidade de qualidade para o desenvolvimento saudável da criança é essencial, e nas situações de risco e de perigo torna-se necessário intervir para proteger a criança e promover o seu bem-estar (Pereira & Alarcão, 2015a, 2015b).

Quanto à parentalidade estão subjacentes os conceitos competência parental e capacidade parental. Para a avaliação da qualidade da parentalidade é crucial que se avalie não só a competência parental, mas também a capacidade parental (Pereira & Alarcão, 2015a, 2015b). Apesar de ser comum estes dois conceitos serem utilizados como sinónimos, a competência parental é definida como o conjunto de atitudes e comportamentos favoráveis ao desenvolvimento normativo da criança, ou seja, como é exercida a parentalidade no momento presente. Por sua vez, a capacidade parental refere-se ao que o cuidador será capaz de fazer, ou seja, remete para as características psicológicas positivas inerentes aos cuidadores que os façam utilizar os recursos para o exercício da parentalidade. Deste modo, a competência parental é avaliada pelo comportamento observável, ou seja, pela forma como as práticas parentais são exercidas e pelo impacto das mesmas no desenvolvimento da criança, e a capacidade parental como uma previsão de como as necessidades da criança poderão ser satisfeitas a longo prazo pelo potencial dos cuidadores e se as práticas parentais são sensíveis às necessidades individuais da criança (Deater-Deckard, 2005; Pereira & Alarcão, 2010).

Por outras palavras, a capacidade parental reflete-se no exercício da parentalidade através das competências parentais (Pereira, 2014). Esta distinção entre os termos competência parental e capacidade parental é fulcral, pois caso o prestador de cuidados revele através da avaliação não ter as competências parentais suficientes para a promoção de um desenvolvimento positivo da criança, a capacidade pode existir, havendo uma possibilidade de mudança com o recurso a diferentes estratégias facilitadoras dessa mudança. Por outro lado, quando não existe capacidade parental, o prognóstico de mudança é negativo, sendo uma mais-valia para a criança a definição de um projeto de vida alternativo. A distinção entre os dois conceitos também se revela importante para fundamentar medidas a longo prazo, pelo que a capacidade parental terá de ser avaliada segundo uma perspetiva ecológica onde estão incluídos parceiros chave, tais como os restantes elementos da família e os serviços locais. A qualidade das competências parentais deverá então ser compreendida no ecossistema em que os pais se encontram inseridos e não se restringir aos microssistemas (contatos diretos com a criança no seu ambiente imediato). O exercício parental tem influência de diversos fatores, tais como, as características internas dos pais, estando inerente a sua história desenvolvimental e a sua personalidade; as características individuais das crianças; e o contexto social mais alargado, por exemplo, a atividade laboral, a relação conjugal e a rede social. Assim, durante o processo de avaliação da parentalidade deve ser tido em consideração que a

parentalidade se desenvolve numa interação indissociável pais-criança-contexto, sendo que diferentes fatores de risco e proteção cruciais no processo de mudança estão correlacionados (Batista, 2024; Mak, 2020; Pereira & Alarcão, 2015b; Pereira & Alarcão, 2014; Rodrigues, 2022; Viveiros, 2021).

### **Processo de mudança e competência parental na relação entre a saúde e o desenvolvimento da criança e o controlo dos impulsos**

A parentalidade é multideterminada e resulta de diversos fatores que se influenciam mutuamente. As características da criança, as características parentais e as características contextuais estabelecem os três subsistemas fulcrais que irão influenciar a forma como a parentalidade é exercida. A especificidade de cada um destes subsistemas poderão representar uma fonte de stress ou de suporte, sendo que será na interação que poderão surgir situações de maltrato infantil.

Considerando o impacto individual, familiar e social do maltrato infantil, toma-se cada vez mais relevante apostar na intervenção. Desta forma, criam-se oportunidades que potencializam os fatores de proteção e reduzem o impacto dos fatores de risco (Coutinho et al., 2012). O maltrato, a negligência infantil e os problemas parentais associados, geralmente, englobam práticas parentais coercivas, interações familiares negativas, padrões comunicacionais desadequados, conflitos conjugais, estratégias de disciplina negativas, entre outros (Cruz, 2014; Nogueira et al., 2016; Vásquez et al., 2016).

As práticas parentais devem estar em consonância com as necessidades específicas de cada criança, sendo que devem ser adaptadas ao longo do tempo. Não existe uma fórmula correta ou um modelo único no que toca às práticas parentais, no entanto, existem práticas que de um modo geral potenciam uma parentalidade positiva e asseguram as necessidades da criança. Para uma parentalidade positiva devem ser impostos limites sem recurso a práticas disfuncionais, como o excesso de reatividade ou a violência, tendo em vista o favorável desenvolvimento da criança com foco nas suas potencialidades (Duarte, 2022; Santos, 2022). Por sua vez, as situações de risco, maus-tratos ou negligência são pautadas pela incapacidade do cuidador de criar ou manter um ambiente que promova o crescimento e desenvolvimento da criança, podendo estar relacionado com a falta de conhecimento sobre o desenvolvimento da criança e a parentalidade, a dificuldade inerente às capacidades dos cuidadores que influenciam as competências necessárias ao exercício do papel parental, estar indisponível para a assunção das responsabilidades parentais, falta de apoio de um parceiro no processo

parental, o nível socioeconómico, a presença de perturbações emocionais e comportamentais graves nas crianças ou nos próprios cuidadores ou a falta de rede social de apoio (Aragão, 2014; Cruz, 2014; Fernandes, 2021; Patias et al., 2013).

Como tal, criar filhos requer que os cuidadores se autorregulem de modo que possam realizar com sucesso as diversas tarefas e responsabilidades que a parentalidade exige, pois, os métodos que utilizam e as suas expectativas quanto ao papel parental determinarão de certa forma os padrões de comportamento, as atitudes e os objetivos perante as crianças (Duarte, 2022). Os cuidadores inferem as necessidades das crianças e a resposta apropriada em situações particulares a partir de uma série de pistas contextuais e informações sobre o estado emocional e o comportamento da criança, tais como, respostas verbais, emoções expressas e gestos. A figura parental deve estar atenta e atender a essas dicas para gerar hipóteses ou ideias sobre as necessidades atuais da criança. Ser observador ajuda os pais a modular ou ajustar o seu próprio comportamento e, assim, garantir que as suas respostas sejam apropriadas ao desenvolvimento da criança e contextualmente relevantes e contingentes (Sanders et al., 2019).

A provisão de estrutura por parte dos pais não tem de se restringir à orientação e monitorização do comportamento dos filhos, mas também deve ser utilizada de modo a facilitar a internalização de valores importantes para que a criança seja capaz de agir e socializar de acordo com as normas do contexto social em que se insere (Castilho & Mascarenhas, 2024; Rodrigues, 2022). Os cuidadores são os grandes responsáveis pela promoção de habilidades de linguagem, sociais e emocionais, estimulando estratégias facilitadoras de resolução de problemas para ajudar as crianças a lidar com emoções desreguladas, tais como frustração e raiva. Em contrapartida, a impulsividade acarreta implicações para uma parentalidade responsiva, previsível e estável. A impulsividade pode prejudicar a tomada de decisão dos cuidadores sobre como reagir ao comportamento da criança e estes, potencialmente, optar por estratégias de ganhos de curto prazo. Torna-se importante realçar que a figura parental pode, em muitos casos, não ser ocupada pelos progenitores, mas sim por qualquer indivíduo que tenha uma relação de cuidados primários relativamente longa com a criança em questão (Duarte, 2022; Santos, 2016).

A autorregulação é um importante mecanismo de mudança que ajuda a explicar a mudança (ou a falta dela) no comportamento dos pais e na interação pais-filhos, como também é um potencial alvo de intervenção. À medida que os pais aprendem a aplicar habilidades parentais positivas, tornam-se mais observadores do comportamento dos filhos e das suas próprias respostas ao mesmo. Uma abordagem de autorregulação

capacita os cuidadores a envolverem-se ativamente na tomada de decisões que afetam a sua competência parental (Sanders et al., 2019; Zhu et al., 2024).

A díade pais-filhos revela-se crucial no desenvolvimento da criança, pois a forma como os pais lidam com a criança influencia o comportamento da criança, quer positiva ou negativamente. Considerando os estilos parentais de Baumrind (1971), pais com elevados níveis de stress podem oscilar entre o estilo parental permissivo e o estilo parental autoritário no exercício da parentalidade, sendo que ou são muito ou pouco exigentes e responsáveis, chegando a serem negligentes. O estilo permissivo caracteriza-se pela ausência de regras por parte dos pais, pois estes defendem que a criança deve ter a sua liberdade, no entanto, não sabem como a impor uma vez que não estabelecem limites nem regras. Este estilo parental acarreta consequências no sentido em que a criança não adquire a noção de que os seus atos têm consequências e na díade pais-filhos não se sabe quem detém o poder e impõe a ordem. Também a criança não aprende a lidar com a frustração nem é preparada para a resolução de problemas. Por sua vez, o estilo autoritário é caracterizado por um tratamento severo onde os pais detêm o poder absoluto, tentam moldar e controlar o comportamento dos seus filhos, não existindo espaço para o diálogo e originando a submissão da criança. Também os momentos afetivos tendem a ser reduzidos e a relação pais-filhos é sinalizada pela raiva e o conflito. Este estilo parental tem impacto desenvolvimental nos filhos, a médio-longo prazo existe uma grande probabilidade de surgirem dificuldades a nível das relações sociais, baixa autoestima, dificuldades em perceber os valores morais, baixo rendimento escolar, agressividade e introversão (Brito & Faro, 2016; Costa, 2011; Ferreira & Vasconcelos, 2015; Lange et al., 2019; Mak, 2020; Park & Walton-Moss, 2012; Rodrigues, 2022; Talib et al., 2011; Tani et al., 2017; Vasconcelos, 2024).

A parentalidade é uma constante adaptação às exigências que essa função acarreta. A parentalidade positiva que fomenta uma boa relação na díade pais-filhos decorre da orientação, confiança e diálogo, prezando a afetividade e promovendo o desenvolvimento cognitivo da criança. Assim, segundo a literatura o estilo parental mais adequado é o democrático, onde existe autoridade por parte dos pais baseada no diálogo, carinho, sensibilidade, compreensão e onde são explicitados de forma clara e racional as regras e os castigos, havendo espaço para a negociação. Neste estilo parental é dada liberdade dentro de certos limites, incentivando a autonomia (Costa, 2011; Talib et al., 2011; Pan et al., 2025; Rodrigues, 2022).

Posto isto, as práticas educativas podem revelar-se como fatores de risco ou de proteção para o desenvolvimento da criança, sendo crucial a sua análise de modo a desenvolver estratégias eficazes de intervenção junto a famílias consideradas mais vulneráveis à utilização de práticas de risco. Os profissionais devem orientar os prestadores de cuidados acerca das consequências do uso de práticas coercivas de forma que sejam incutidas formas mais positivas de interagir com as crianças. No contexto de proteção à infância, muitos são os prestadores de cuidados que possuem dificuldades, seja por desconhecimento das consequências do uso das práticas punitivas ou desconhecimento de outras formas de educar. Quanto mais cedo os prestadores de cuidados compreenderem a importância de não utilizar práticas como a impulsividade e a violência, e desde o início da vida da criança utilizarem estratégias positivas, melhor para o desenvolvimento das crianças e para a relação cuidadores-criança (Patias et al., 2013). Assim espera-se que pais com maior stress parental podem impactar negativamente os comportamentos relacionados à saúde e desenvolvimento dos seus filhos (Ferreira & Elias, 2024; Park & Walton-Moss, 2012).

### **Parentalidade positiva e educação parental**

As relações familiares exercem uma grande influência no bem-estar biopsicossocial das crianças e jovens (Ferreira & Vasconcelos, 2015; Guo et al., 2024; Martins & Almeida, 2017; Pratas et al., 2017; Patias et al., 2013; Santos, 2016). Algo essencial na vida de uma criança é a presença significativa dos cuidadores. Ser cuidador além de envolver fatores sociais e biológicos, também está inerente o processo de desenvolvimento psicológico dos próprios adultos que têm o papel de cuidar, proteger e orientar o bem-estar e o desenvolvimento integral da criança (Coutinho et al., 2012). Considerando os múltiplos desafios relacionados com a parentalidade, emerge a necessidade de formar e reeducar, ou apoiar os cuidadores na educação das crianças. Como tal, desenvolver competências e práticas parentais positivas aumenta a probabilidade de os cuidadores desenvolverem comportamentos adaptativos, bem como gerir os comportamentos desadaptativos na díade (Abreu-Lima et al., 2010; Carvalho et al., 2019; Mendes, 2010; Mak, 2020; Mota, 2015; Ribeiro, 2003).

No que concerne à intervenção, esta implica uma análise dos processos pelos quais os cuidadores influenciam o desenvolvimento da criança, as suas interações e a influência do meio fora da família, para que seja determinada uma intervenção mais eficaz, tendo

em atenção para que tipo de pais, de crianças e em que contextos. Dado que os cuidadores estão propensos a situações de stress, o qual tem impacto no desenvolvimento da criança, a sociedade e as redes de apoio são essenciais no exercício da parentalidade (Coutinho et al., 2012; Mak, 2020; Rodrigo et al., 2019). As intervenções na área da parentalidade devem sobretudo respeitar as crianças e os cuidadores, pois estes não desempenham funções que exija um perfil pré-definido. Os profissionais de Educação Parental devem fornecer aos cuidadores o conhecimento que os ajude a interpretar a sua realidade familiar através do fornecimento de informação, orientação e suporte, desenvolvendo competências que lhes permitam melhorar a qualidade das suas práticas educativas (Martins & Almeida, 2017). A Educação Parental também tem como objetivo melhorar a qualidade das interações familiares ao proporcionar atividades educativas e de suporte que auxiliem os cuidadores a compreender as suas necessidades físicas, psicológicas, emocionais e sociais, como também as necessidades dos seus filhos. Deste modo, promove uma parentalidade que seja sensível aos direitos da criança e da Parentalidade Positiva, dado que em muitos casos existe desconhecimento das consequências das práticas punitivas, ou de outras formas de educar (Carvalho et al., 2019). Os programas de educação parental consistem em modelos de intervenção que podem incluir diferentes objetivos, conteúdos e métodos, apresentando, geralmente, os seguintes objetivos: informar e orientar os pais sobre o desenvolvimento da criança; promover as relações familiares, capacitando os pais com estratégias relacionadas com a regulação do comportamento dos seus filhos e estimulando a participação na aprendizagem e experiência escolar; prestar apoios específicos a famílias de crianças com problemas de desenvolvimento; e proporcionar apoios sociais na comunidade (Abreu-Lima et al., 2010; Ferreira & Vasconcelos, 2015; Martins & Almeida, 2017; Mendes, 2010; Mota, 2015; Pratas et al., 2017; Santos, 2016).

A Parentalidade Positiva assenta no princípio de que o comportamento parental visa o superior interesse da criança e da promoção do seu desenvolvimento global e harmonioso, assegurando a satisfação das suas necessidades de uma forma não violenta que reconheça a criança e a oriente, recorrendo à fixação de limites e excluindo qualquer tipo de punição física ou psicológica (Abreu-Lima et al., 2010; Canedo, 2014; Coutinho et al., 2012; Fuentes-Peláez et al., 2018; Nogueira et al., 2016; Pratas et al., 2017; Rodrigo et al., 2019). A parentalidade positiva promove laços emocionais saudáveis, protetores e estáveis; proporciona um ambiente estruturado com rotinas e hábitos aplicados de forma flexível para transmitir regras e valores; oferece estímulo, apoio e oportunidades de

aprendizagem; e baseia-se no reconhecimento das conquistas e habilidades da criança e na orientação diária, num ambiente que exclui a violência física, verbal ou emocional. A abordagem da parentalidade positiva também leva em conta o que as figuras parentais precisam para realizar a tarefa parental adequadamente: informação, orientação e reflexão sobre o modelo parental da família; tempo para si e com a família; conscientização sobre a sua própria capacidade como figuras parentais e satisfação com a tarefa parental; e apoio informal e formal para ajudar a superar as dificuldades e reduzir o stress dos cuidadores (Rodrigo et al., 2019).

Esta diversidade de ações parentais permite uma resposta eficaz às necessidades dos filhos e que se traduz em ganhos ao nível do desenvolvimento. Além disso, relações positivas na díade pais-filhos constitui-se um fator de proteção uma vez que favorece a diminuição da possibilidade de ocorrer abuso e/ou maltrato infantil (Martins & Almeida, 2017). Como referido anteriormente, as práticas educativas poderão atuar como fatores de risco ou de proteção para o desenvolvimento das crianças e jovens, pelo que efetuar uma análise dessas práticas torna-se relevante a fim de serem elaborados programas que desenvolvam estratégias de intervenção eficientes junto das famílias, principalmente as mais suscetíveis à utilização de práticas educativas de risco (Patrias et al., 2013; Pratas et al., 2017).

A parentalidade positiva facilita o desenvolvimento de programas, projetos, serviços e/ou medidas de apoio às famílias que visam promover, a partir de diversos domínios de ação (social, saúde, educativo e jurídico), a igualdade de oportunidades para as famílias no cumprimento das funções que lhes são confiadas pela sociedade. A intervenção em situações de risco deve estabelecer a criação de redes de apoio que se estendam para além da unidade familiar. Ou seja, a parentalidade positiva requer comunidades desenvolvidas que atuem para proteger as famílias (Rodrigo et al., 2019).

O comportamento dos cuidadores tal como o comportamento da criança/jovem influenciam-se reciprocamente, e essa relação recíproca também determinará quais as práticas utilizadas pelos cuidadores. Além destes fatores, outros influenciam a escolha das estratégias educativas, como as características dos cuidadores e da criança/jovem (Balsells et al., 2018). Determinadas características, como a personalidade, que exerce influência no comportamento, não são suscetíveis à mudança através de intervenções, no entanto, outras características, como as crenças dos cuidadores acerca do desenvolvimento dos filhos, ou aspetos sociais e culturais sobre, por exemplo, a punição física, podem ser debatidas e alteradas através de intervenções (Patrias et al., 2013). Através da Educação

Parental é facultado aos cuidadores informação prática, onde é transmitido princípios de aprendizagem e modificação do comportamento, assim como é incentivado a promoção de competências na gestão a nível comportamental, comunicacional, na resolução de problemas e conflitos (Ribeiro, 2003; Wang et al., 2023). Assim, permite-se que os cuidadores se tornem mais conscientes e reflitam sobre as várias componentes da parentalidade, mostrando-se novos rumos que permitam aos mesmos utilizar e ampliar os seus recursos, ajudando não só as crianças, mas também os adultos a se desenvolverem na sua globalidade.

As crianças não precisam de pais perfeitos, mas sim de pais suficientemente bons, sendo importante considerar que ser mãe/pai é um processo em constante construção, no sentido em que a convivência com os filhos vai evoluindo com a experiência, as aprendizagens e as alterações no comportamento e nas competências (Mendes, 2010). Uma intervenção parental adequada poderá contribuir para a promoção de ambientes familiares consistentes e responsivos, propiciar um desenvolvimento saudável à criança, capaz de se expressar e regular emocionalmente, prevenindo o mau-trato (Nogueira et al., 2016; Pratas et al., 2017).

Frequentemente, os pais que evidenciam comportamentos abusivos vivem em ambientes com forte tensão, sinalizados por situações de pobreza, violência familiar, abuso de substâncias, bem como recursos inadequados e insuficientes a nível da habitação, emprego, educação e lazer. Na sua maioria são pais que possuem baixos níveis de escolaridade, lacunas a nível das competências de resolução de problemas, revelando em alguns casos sintomas depressivos ou outras perturbações emocionais. Em certos casos, a monoparentalidade também é marcada como fator de stress que poderá resultar em formas deficitárias no exercício das funções parentais (Vásquez et al., 2016). Neste âmbito, os cuidadores evidenciam um leque restrito de reações, bem como dificuldade no controlo dos seus impulsos, existindo grandes possibilidades de que tenham sido vítimas de abuso e negligência quando crianças. Face a este cenário complexo, qualquer intervenção deverá ser holística e ter em conta a perspetiva multissistémica, uma vez que os problemas e as disfunções familiares não existem de forma isolada.

Além da valorização das competências de gestão familiar com base em princípios de carácter essencialmente comportamental, as componentes de base cognitiva deverão também ser consideradas na intervenção, tais como gestão de emoções negativas, controlo dos sentimentos de raiva e resolução de problemas, bem como informação acerca do desenvolvimento da criança (Coutinho et al., 2012; Ribeiro, 2003). No trabalho com

as famílias deverá ser promovido a participação da família no processo, manter uma visão positiva das suas habilidades parentais, realizar avaliações numa perspectiva sistêmica e ecológica, valorizar os aspetos fortes das famílias e reconhecer as oportunidades que surgem no contexto que estão inseridos, estabelecer um plano de trabalho realista e em concordância com a família e combinar modalidades de intervenção familiar. Estas práticas na promoção da parentalidade positiva exigem que os profissionais possuam determinadas habilidades que os auxiliem a estabelecer vínculos com as famílias através de uma comunicação aberta e honesta, ser respeitoso e empático, estabelecer uma relação colaborativa, demonstrando compromisso com a família. A postura do profissional em relação às famílias influencia tanto o processo de tomada de decisão como também a intervenção, centrando esta, não só nas dificuldades e vulnerabilidades da família, como também nas potencialidades e resiliência, levando ao empoderamento da mesma (Abreu-Lima et al., 2010; Fuentes-Peláez et al., 2018; Rodrigo et al., 2019).

O desenvolvimento da parentalidade positiva através de programas educativos é um fator protetor para a saúde e desenvolvimento da criança, especialmente em famílias em situação de vulnerabilidade (Molina et al., 2013; Pratas et al., 2017; Vásquez et al., 2016). Dentro dos serviços sociais, cada vez mais torna-se significativo ouvir as crianças e jovens e ter uma participação ativa, permitindo-lhes expressar as suas opiniões, necessidades, medos e preferências (Balsells et al., 2018). A prática socioeducativa pode contribuir com ferramentas que capacitem a família na orientação das necessidades da criança, das habilidades dos próprios pais e do meio envolvente, considerando que o foco de toda a intervenção é a melhoria do bem-estar das crianças (Fuentes-Peláez et al., 2018).

Nas intervenções grupais reconhece-se o poder do grupo como catalisador de mudança, pelo que poderá ser atribuído a diversos fatores, tais como a normalização da experiência de ansiedade na relação educativa com as crianças, a redução da culpabilidade que daí resulta e a abertura a novas possibilidades, surgidas por uma diminuição do mal-estar. O grupo pode, assim, operar de forma a reduzir a resistência dos pais, além de ser uma importante fonte de suporte social (Abreu-Lima et al., 2010; Balsells et al., 2018; Ribeiro, 2003).

Quando os serviços sociais identificam um menor em situação de risco ocorre uma análise pelos serviços especializados. As equipas multidisciplinares realizam uma exploração diagnóstica através de entrevistas com os cuidadores, as crianças e jovens e a família alargada ou outros agentes sociais relacionados que possam fornecer informações relevantes sobre o contexto. Posteriormente, todos os dados são analisados e avaliados

para a definição de um prognóstico que será transmitido à família na entrevista juntamente com um plano de intervenção. Seguidamente, será realizado um relatório detalhado com a avaliação do risco e a tomada de decisão. Entre vários modelos, o FRAME+P é um modelo de ação socioeducativa baseado em evidências científicas que organiza, estrutura e fornece uma série de estratégias e recursos para o trabalho com as famílias no sistema de proteção às crianças e jovens. Este modelo é uma ferramenta para os profissionais que trabalham diretamente com as crianças e a sua família desde que seja aplicada uma medida de proteção de acolhimento temporário. O modelo FRAME+P orienta a intervenção dos profissionais e procura promover a parentalidade positiva, melhorando as competências parentais e consolidando alterações significativas através de ações que promovam um desenvolvimento positivo da família, suficiente para restabelecer a convivência familiar e o retorno à família de origem (Balsells et al., 2023). O FRAME+P caracteriza-se por uma ação socioeducativa progressiva que potencialize as capacidades das famílias e dos seus contextos, envolvendo os recursos formais e informais da rede familiar (Balsells et al., 2023; Rodrigo et al., 2019).

O FRAME+P está organizado em duas etapas distintas que vão desde o estabelecimento de uma medida de proteção, com a conseqüente separação da criança da sua família de origem, até ao momento em que o retorno à família de origem foi consolidado. A primeira etapa, ação familiar, inicia-se quando a criança é separada da família, momento em que uma medida é aplicada. Esta etapa é dividida em duas fases, a fase de clarificação e a fase de ação. Na fase de clarificação os profissionais devem proceder a uma avaliação da situação familiar, identificando as necessidades da criança, bem como os pontos fortes e fracos das competências parentais. Na fase de ação, a partir da avaliação feita na fase de clarificação, são promovidas as mudanças necessárias para resolver situações de conflito e garantir um ambiente saudável e estável para as crianças. Nesta fase os profissionais concentram o seu trabalho a fornecer os recursos necessários para que a família possa atingir os objetivos propostos, como também ocorre o encaminhamento para profissionais nas diversas áreas (Balsells et al., 2023).

A segunda etapa, retorno a casa, inicia-se quando, na sequência de um relatório de avaliação, considera-se que a família fez progressos suficientes no sentido da reintegração familiar. Nesta etapa, o regime de visitas e contatos é aumentado. Esta etapa é dividida em três fases sucessivas: a fase de estabilização, a fase de retorno e a fase de cristalização. Na fase de estabilização o objetivo é que as melhorias sejam mantidas para garantir a estabilidade do progresso familiar, promovendo processos que fortaleçam a

resiliência parental e familiar. Na fase de retorno dá-se a atualização dos objetivos da fase anterior e contempla a necessidade de envolver toda a rede que prestará apoio durante e após o retorno a casa. Na fase de cristalização o retorno para casa já ocorreu, mas não significa que o processo finalizou, pois, as condições de habitação, as redes de apoio e a situação da família em termos das suas competências parentais e das necessidades das crianças mudaram. São necessárias medidas de apoio para a gestão da convivência e da dinâmica familiar, medidas que reforcem positivamente as mudanças de todos os membros da família e medidas para que a família possa sair fortalecida e empoderada do processo (Balsells et al., 2023). Em suma, é essencial reforçar o sentimento de competência das famílias e permitir que estas adquiram um grau suficiente de autonomia para que possam enfrentar as suas dificuldades e viver os seus projetos de vida (Rodrigo et al., 2019).

## **II – Objetivos**

Através dos dados recolhidos pelo Guia de Avaliação das Capacidades Parentais, o atual estudo pretende explorar algumas das variáveis que podem impactar a avaliação a partir das respostas dadas no Guia, sendo que toda essa envolvente poderá exercer influência na Hipótese Prognóstica (decisão final) dos profissionais avaliadores e, conseqüentemente, na intervenção/processo de mudança.

(Pereira & Alarcão, 2016). De uma forma mais específica, este estudo procura avaliar se a perceção dos profissionais acerca da competência parental, do controlo dos impulsos e da saúde e desenvolvimento da criança influenciam o juízo clínico que fazem acerca do prognóstico de mudança. Também se pretende averiguar se a satisfação das necessidades por parte dos prestadores de cuidados está associada a diferenças na saúde e desenvolvimento da criança e se a cronicidade das dificuldades dos prestadores de cuidados estão associadas a problemas de desenvolvimento e saúde dos filhos.

Os dados deste estudo contam com o input de um tipo de avaliador: o Gestor de Caso, visto que estes profissionais estabelecem uma relação de proximidade com as famílias e acompanham todo o processo de avaliação e intervenção. Estes profissionais articulam com outros técnicos e outras redes consideradas importantes para a recolha de dados das necessidades e potencialidades, considerando aspetos físicos, comportamentais, psicológicos, económicos e sociais. O gestor de caso não soma apenas informações recolhidas que retratam a situação-problema, este apresenta uma perspectiva

global e holística que compreende os diferentes sistemas onde o sujeito participa e as respectivas interações. Deste modo, uma compreensão global contribuirá para a definição do projeto de vida da criança ou jovem, cujo objetivo será chegar a uma conclusão prudente, conduzindo a uma correta orientação acerca do melhor encaminhamento para essa criança ou jovem em tempo útil (Dias, 2022). Foram então definidas as seguintes questões de investigação tendo como modelo de compreensão o Modelo Funcional do Comportamento Parental: i) As competências parentais (D4) estão correlacionadas ao bem-estar e desenvolvimento infantil (D2), refletindo a influência das práticas parentais em termos de “Recurso” ou “Dificuldade” na promoção da saúde física e socioemocional da criança?; ii) Existe uma relação entre a classificação do controlo dos impulsos (D5) e a classificação de D4?; iii) A classificação de D5 influencia a saúde e desenvolvimento da criança (D2), constituindo a D5 um fator de risco ou de proteção para o bem-estar infantil?; iv) O controlo dos impulsos (D5) tem efeito na relação entre as competências parentais (D4) e a saúde e desenvolvimento da criança (D2), ou seja, a regulação emocional dos cuidadores pode ser um mecanismo através do qual as práticas parentais afetam a saúde e o desenvolvimento da criança?; v) As classificações das dimensões D2 (saúde e desenvolvimento da criança), D4 (competência parental) e D5 (controlo dos impulsos) influenciam a formulação da Hipótese Prognóstica?

Como referido no ponto anterior, do total das 9 dimensões foram escolhidas como variáveis de estudo as dimensões 2, 4 e 5 (Saúde e Desenvolvimento da Criança, Competências Parentais e Controlo dos Impulsos, respetivamente), por estas estarem evidenciadas nos pontos de análise para a formulação da Hipótese Prognóstica (por exemplo, “Desenvolvimento da Criança”, “Competências Parentais Atuais”, “Capacidade de Conter as Tensões”), sendo que estas variáveis poderão exercer influência nessa formulação. A D2, D4 e D5 são 3 variáveis fundamentais na avaliação dos prestadores de cuidados e, muitas vezes, estão associadas à possibilidade de se desenvolver programas de educação parental e de intervenções com as famílias. Será importante considerar que existem outras variáveis cruciais à avaliação, mas dada a relevância que estas três exercem na prática associada ao desenvolvimento de competências parentais torna-se essencial estudar como se relacionam.

Tabela 1. Operacionalização das possíveis classificações das Dimensões 2, 4 e 5

	Recurso Principal	Recurso Secundário	Dificuldade Secundária	Dificuldade Principal
Dimensão 2 – Saúde e Desenvolvimento da Criança	“A criança não apresenta alterações ao desenvolvimento esperado para a sua faixa etária.” (p.19) *	“A criança apresenta um ou vários atrasos de desenvolvimento, MAS a família é capaz de aceder e acede de forma regular aos apoios necessários (médicos, sociais, etc.). E Os atrasos de desenvolvimento da criança não se devem ao comportamento dos pais/prestadores de cuidados.” (p.19) *	“A criança apresenta um ou vários atrasos de desenvolvimento E a família não acede de forma regular aos apoios necessários (médicos, sociais, etc.). MAS Os problemas da criança serão geríveis /recuperáveis ( <i>risque o que não interessa</i> ) caso os pais/prestadores de cuidados desenvolvam as seguintes competências: _____ E/OU É necessário que exista/m a/s seguinte/s intervenção/ões: _____ E Os pais/prestadores de cuidados apresentam capacidades suficientes para desenvolver as competências acima descritas. E É viável o desenvolvimento da intervenção dos serviços em tempo útil para a criança.” (p.19 e 20) *	“A criança apresenta um ou vários atrasos de desenvolvimento E a família não acede de forma regular aos apoios necessários (médicos, sociais, etc.), não obstante estarem disponíveis. E A criança apresenta atrasos de desenvolvimento que decorrem (no todo ou em parte) do comportamento dos pais/prestadores de cuidados. E Os pais/prestadores de cuidados não apresentam capacidades/disponibilidade para desenvolver as competências parentais necessárias para lidar com a criança.” (p.20) *
Dimensão 4 – As Competências Parentais	“O papel parental é exercido com competência em todas as áreas.” (p.41) *	“Existem áreas em que o papel parental não é exercido com competência MAS Os pais/prestadores de cuidados reconhecem tais dificuldades e mobilizam-se para as ultrapassar, por exemplo pedindo ajuda a serviços ou a outros membros da sua rede social.” (p.41) *	“Existem áreas em que o papel parental não é exercido com competência MAS O progenitor reconhece tais dificuldades. E Existem ações possíveis e adequadas à especificidade do caso, com vista a ajudar o PC a melhorar a sua competência parental, nomeadamente (identifique a metodologia de intervenção e o serviço responsável pela mesma) _____E	“Existem áreas em que o papel parental não é exercido com competência. E O/s pai/s/prestadores de cuidados não reconhece/m tais dificuldades no exercício da parentalidade. OU As mesmas parecem ser dificuldades crónicas, em que nada se tem modificado, não obstante as intervenções já desenvolvidas. E O PC não tem capacidade/não está

			<p>O progenitor tem capacidade/disponibilidade para alterar o seu comportamento parental na sequência de tais ações.</p> <p>E</p> <p>Tal intervenção está acessível e disponível em tempo útil para a criança.” (p.41) *</p>	<p>disponível para alterar o seu comportamento parental na sequência de intervenção clínica.</p> <p>E</p> <p>As dificuldades do PC afetam/poderão afetar negativamente o desenvolvimento da criança.” (p.42) *</p>
Dimensão 5 – Controlo dos Impulsos	<p>“O/s pai/s prestador/es de cuidados são capazes de controlar adequadamente os seus impulsos.” (p.44) *</p>	<p>“Existem algumas dificuldades do/s pai/s/prestador/es de cuidados no controlo dos impulsos.</p> <p>MAS</p> <p>Os pais/prestador/es de cuidados reconhecem tais dificuldades e mobilizam-se para as ultrapassar, por exemplo pedindo ajuda a serviços ou a outros membros da sua rede social, protegendo a criança de eventuais consequências de perda do controlo dos impulsos.” (p.44 e 45) *</p>	<p>“A capacidade de controlo dos impulsos na relação com a criança é uma dificuldade associada a uma circunstância particular.</p> <p>E</p> <p>O PC reconhece tais dificuldades.</p> <p>E</p> <p>Existem ações possíveis (acompanhamento psicológico ou mobilização de pessoas da rede social capazes de conter eventuais situações de tensão) e adequadas à especificidade do caso, com vista a ajudar o PC a melhorar o controlo dos impulsos (identifique a metodologia de intervenção e o serviço responsável pela mesma, ou o elemento da rede social que seria possível mobilizar) _____ E</p> <p>O PC tem capacidade/disponibilidade para alterar o seu comportamento parental na sequência de tais ações.</p> <p>E</p> <p>Tal intervenção está acessível e disponível em tempo útil para a criança.” (p.45) *</p>	<p>“A capacidade de controlo dos impulsos é uma dificuldade crónica e observável noutros contextos para além da relação com a criança.</p> <p>OU</p> <p>As mesmas parecem ser dificuldades crónicas, em que nada se tem modificado, não obstante as intervenções já desenvolvidas.</p> <p>E</p> <p>O PC não tem capacidade/não está disponível para alterar o seu comportamento parental na sequência de intervenção clínica.</p> <p>E</p> <p>As dificuldades dos pais/prestador de cuidados afetam/poderão afetar negativamente o desenvolvimento da criança.” (p.45) *</p>

\* Pereira &amp; Alarcão, 2016

### **III – Metodologia**

#### **Participantes**

Foi recolhida informação relativamente a 48 crianças sinalizadas, num total de 48 guias preenchidos por um profissional. Cada guia poderá ser utilizado por profissionais de diferentes serviços e com diferentes funções no processo, tais como um membro da Equipa, dependendo do caso, da CPCJ, EMAT ou Instituição de Acolhimento. Neste estudo foram apenas utilizados Guias preenchidos pelos gestores de caso, relativos a 67 prestadores de cuidados. Importante será realçar que num mesmo Guia podem avaliar-se mais que um prestador de cuidados, a título de exemplo, se os pais estiverem juntos apenas é preenchido um Guia, mas caso os pais estiverem separados são preenchidos dois Guias. No que se refere às 48 crianças sinalizadas, 20 tinham idades compreendidas entre os 0 e os 2 anos de idade, 8 entre os 3 e os 5 anos de idade, 9 entre os 6 e os 9 anos de idade, 4 entre os 10 e os 12 anos de idade e 7 tinham mais de 12 anos de idade. Sendo o mínimo e o máximo de idade 7 meses e 16 anos de idade, respetivamente. Quanto aos prestadores de cuidados avaliados, 23 guias preenchidos referiram-se a mães, 19 à díade pai-mãe, 3 a avô/avó, 2 a pais e 1 a padrasto/madrasta.

Para este estudo foram selecionados os Guias utilizados apenas pelos Gestores de Caso dado que é este profissional que detém a maior proximidade com as famílias, sendo o técnico responsável por articular, acompanhar e auxiliar os indivíduos, as famílias, as comunidades e todos os sistemas organizacionais envolventes. Também são os Gestores de Caso que trabalham diretamente com os indivíduos, sendo que a sua intervenção se baseia na relação técnico-indivíduo. Este técnico promove o desenvolvimento das relações humanas no processo de mudança, cria uma relação terapêutica de modo a envolver os indivíduos no processo de intervenção, na identificação dos objetivos, planeamento e implementação das várias etapas, conduzindo à mudança e à transformação social (Sousa, 2020).

#### **Instrumento – O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais**

O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais é um instrumento de origem canadiana (De Rancourt et al., 2006) e Pereira (2014) iniciou a sua validação portuguesa. Este guia é utilizado em contexto de proteção à infância e tem como objetivo a orientação

e construção de juízos clínicos, cientificamente validados, relativamente ao exercício da parentalidade de modo a reduzir o cunho pessoal dos avaliadores. De uma forma mais específica, este instrumento é crucial para a determinação do prognóstico de mudança, fundamentado através da avaliação da capacidade e competências parentais, permitindo o planeamento do processo de intervenção psicossocial com a criança e as famílias. Em contraste, nas situações em que o prognóstico de mudança é negativo, permite fundamentar a opção por um projeto de vida alternativo para a criança (Pereira & Alarcão, 2018; Viveiros, 2021).

Este instrumento é composto por nove dimensões de avaliação que se encontram divididas em quatro áreas. As quatro áreas de avaliação correspondem ao contexto; à criança; à relação criança – prestadores de cuidados; e aos prestadores de cuidados. Relativamente às dimensões de avaliação, dentro do contexto encontra-se o (1) contexto sociofamiliar; na área da criança (2) a saúde e o desenvolvimento da criança; na área da relação criança – prestadores de cuidados encontra-se (3) a vinculação; (4) as competências parentais; e na área dos pais temos (5) o controlo dos impulsos; (6) o reconhecimento da responsabilidade pelo prestador de cuidados; (7) os comportamentos do adulto que afetam a competência parental; (8) a rede social; e (9) a história dos serviços clínicos. Apesar de ter nove dimensões, no presente estudo apenas se utilizam três: i) Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2), que tem como objetivo avaliar os parâmetros de desenvolvimento da criança com a identificação de atrasos no desenvolvimento, estabelecendo uma ligação de causalidade entre as dificuldades dos prestadores de cuidados e o atraso observado; ii) As Competências Parentais (D4), que tem como objetivo avaliar se os comportamentos atuais do progenitor face à criança são favoráveis ou desfavoráveis ao desenvolvimento normativo da criança; e iii) O Controlo dos Impulsos (D5), que tem como objetivo avaliar o risco de mau trato ou de incoerência por parte dos prestadores de cuidados. D2 questiona a existência de atrasos no desenvolvimento e de problemas de saúde e se é assegurado o acompanhamento necessário ou são aplicadas medidas específicas. D4 evidencia as atitudes e condutas dos cuidadores em favorecer o desenvolvimento da criança, tais como a resposta às necessidades básicas, afetivas, intelectuais, educativas e de socialização, como também, em caso de problemática (papel parental não exercido com competência) perceber em que medida se parecem crónicas ou se são passíveis de mudança. D5 considera a capacidade de controlo dos impulsos dos progenitores na relação com a criança e se, em caso de dificuldade, a mesma é observável noutros contextos. Cada uma destas dimensões inclui

questões específicas e questões-resumo que auxiliam a sistematizar o processo de recolha de informação e permitem o registo das conclusões do profissional relativamente ao caso específico (Pereira & Alarcão, 2015a, 2015b; Viveiros, 2021). As respostas às questões-resumo (por exemplo, D2: A criança apresenta um ou vários atrasos de desenvolvimento?; D4: Atualmente, existem áreas em que o papel parental não é exercido com competência?; D5: O progenitor tem dificuldades em controlar os seus impulsos noutras contextos para além da relação com os seus filhos?) são de desenvolvimento livre e, como tal, foram codificadas por outro membro da equipa de investigação, pelo que os dados foram fornecidos em formato *Microsoft Excel* (Pereira & Alarcão, 2015a, 2015b; Viveiros, 2021).

Por fim, e partindo do juízo clínico efetuado, cada dimensão pode ser classificada consoante critérios enquanto “*Recurso Principal*” (RP), que corresponde à inexistência de dificuldades sinaláveis; “*Recurso Secundário*” (RS), referindo-se a dificuldade gerível atualmente pelo/s pais/prestadores de cuidados; “*Dificuldade Secundária*” (DS), referindo-se a uma dificuldade gerível caso os pais/ prestadores de cuidados desenvolvam competências parentais específicas e/ou haja intervenção dos serviços ou modificação de condições ambientais; e “*Dificuldade Principal*” (DP), que corresponde à dificuldade ingerível pelos pais/prestadores de cuidados no momento presente (Viveiros, 2021).

De seguida, analisando de forma conjunta as classificações atribuídas permite elaborar o Perfil das Capacidades Parentais que possibilita a identificação rápida das dimensões que poderão ser o foco no processo de intervenção. (Pereira & Alarcão, 2015).

A previsão do potencial de mudança é realizada através do preenchimento de uma grelha com diferentes pontos de análise (Hipótese Prognóstica), tais como, desenvolvimento da criança, competências parentais atuais, capacidade de conter as tensões, através da qual o profissional deve realizar um juízo acerca da probabilidade de mudança nos prestadores de cuidados. Por fim, a Hipótese Prognóstica pode ser classificada em A – “*Potencial de mudança encorajador*”, referindo-se a que “o estado atual da criança mostra que existem problemas sérios mesmo se, até pouco tempo, as capacidades parentais e o seu próprio desenvolvimento pareciam adequados. Se a intervenção for rápida e apropriada, o prognóstico é razoavelmente bom quanto à capacidade de os pais/prestadores de cuidados poderem responder de novo às necessidades do seu filho de forma a assegurar o seu desenvolvimento”; B – “*Alto risco de cronicidade*”, representando que “o desenvolvimento e a adaptação da criança foram comprometidos de forma crónica e significativa. Os pais/prestadores de cuidados são, de

há muito tempo, incapazes de responder às necessidades da criança, e existem poucos indicadores de que a situação se possa modificar sensivelmente, mesmo se forem disponibilizados serviços à família”; ou AB – “*Indefinido*”. Ao definir o Perfil das Capacidades Parentais, analisando as diferentes capacidades e recursos familiares, a posterior intervenção é alvo de uma melhor fundamentação, sendo mais adequada a cada caso em específico (Viveiros, 2021).

A informação demora algum tempo a ser recolhida, sendo feita em diferentes momentos através de uma abordagem multi-sujeito (vários sujeitos) e multi-método (vários métodos de recolha de informação como entrevistas com os prestadores de cuidados e outros membros que pertencem à família, observação das interações entre os cuidadores e a criança, entrar em contacto com outros membros da família e visitas ao domicílio). Como tal, devido à extensão do instrumento, é crucial que para a sua correta utilização os técnicos devem ter formação sobre o instrumento como também, dada a conceptualização do caso e o respetivo juízo clínico, é recomendada a existência de supervisão das equipas. (Pereira & Alarcão, 2015a, 2015b; Viveiros, 2021).

O presente estudo foi desenvolvido com base neste instrumento.

## **Procedimentos**

### **Análise de dados**

Os Guias foram aplicados no âmbito de avaliações e do processo de supervisão do Guia desenvolvido por um dos membros da equipa de investigação acordado com os serviços de proveniência dos profissionais (para efeitos de formação e investigação) para a intervenção em Processos de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens. A investigadora que supervisionou a aplicação tem desenvolvido estudos de validação do instrumento. As sinalizações ocorreram por um ou mais dos seguintes motivos: negligência, maus-tratos psicológicos, maus-tratos físicos, suspeita de abuso sexual, exposição a comportamentos desviantes, como violência doméstica, alcoolismo e consumo de substâncias. Especificamente, ocorreram 16 sinalizações por negligência, 14 sinalizações com mais do que uma forma de maus-tratos, 8 sinalizações por exposição a comportamento desviante, 4 sinalizações por exposição a violência doméstica, 3 sinalizações por risco elevado da não satisfação das necessidades por razões contextuais e 1 sinalização devido a maus-tratos psicológicos, e outra por suspeita de abuso sexual,

sendo que num dos casos não foi identificado o tipo de mau-trato. Em dois dos casos a sinalização ocorreu por serem duas mães menores, uma por não ter condições e a outra por estar em acolhimento residencial. No todo das 48 sinalizações foram aplicadas medidas no âmbito do apoio junto da mãe, apoio junto dos pais, apoio junto de outro familiar, acolhimento residencial e acolhimento residencial para a mãe e a criança. A recolha foi realizada na Região Autónoma da Madeira entre 2018 e 2022.

A descrição dos casos de Promoção e Proteção foi fornecida em formato *Microsoft Excel* e as respostas ao Guia foram fornecidas numa base de dados em Software de Análise Estatística SPSS 27. Atendendo aos objetivos do presente estudo, de toda a informação disponibilizada em *Microsoft Excel*, foram apenas utilizados os dados referentes a um dos tipos de avaliador, neste caso, aos Gestores de Caso que exercem funções no sistema de promoção e proteção e têm diferentes formações académicas, e às respostas dadas por estes às Dimensões 2, 4 e 5 (Saúde e Desenvolvimento da Criança, Competência Parental e Controlo dos Impulsos, respetivamente) e à Hipótese Prognóstica do GACP. Os dados são de natureza categórica e não paramétrica, pelo que a sua análise foi realizada com aritmética básica e o teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

Chegando a análise de dados, cruzaram-se, num Teste de Qui-Quadrado de Pearson a classificação de D4 – “*Competências Parentais*” com a classificação de D2 – “*Saúde e Desenvolvimento da Criança*” (D2); a classificação de D5 – “*Controlo dos Impulsos*” e a classificação de D4; e a classificação de D5 e a classificação de D2.

Especificamente, pretendeu-se verificar se existia uma correlação significativa entre a D2 e a D4, procurando perceber se as práticas parentais avaliadas pelos técnicos se refletiam no desenvolvimento da criança. Esta análise procurou compreender se a qualidade da parentalidade, tal como percecionada no momento da avaliação, se associa a indicadores positivos ou negativos no estado da criança.

Procurou-se verificar se existia uma correlação entre a D5 e a D4, assumindo que o funcionamento emocional do adulto poderá influenciar diretamente a sua capacidade de exercer práticas parentais eficazes. O objetivo foi compreender se a autorregulação emocional é uma condição subjacente ao desempenho parental, validando a sua importância na avaliação da capacidade parental.

A terceira questão teve como objetivo analisar a relação entre a D5 e a D2, para compreender se dificuldades emocionais significativas por parte do cuidador têm impacto

no bem-estar da criança. Pretendeu-se, assim, explorar se os técnicos reconhecem uma ligação entre o funcionamento emocional do cuidador e o funcionamento da criança.

A quarta questão visou estudar o possível efeito da D5 na relação entre a D4 e a D2. Ou seja, procurou-se perceber se o impacto da competência parental sobre o bem-estar da criança depende do nível de autorregulação emocional do cuidador. Pretendeu-se averiguar se a presença de impulsividade pode comprometer ou condicionar a eficácia das práticas parentais, mesmo quando estas são avaliadas como adequadas.

Por fim, a quinta questão procurou verificar de que forma as dimensões analisadas — D2, D4 e D5 — se relacionam com a Hipótese Prognóstica atribuída pelos técnicos. O objetivo foi verificar de que forma é que, mesmo quando as dimensões, avaliadas em termos de “*Recurso*” ou “*Dificuldade*” se a percepção de mudança é tida considerando a o estado atual da criança e a capacidade de mudança dos cuidadores.

Inicialmente, as variáveis foram analisadas com base nas quatro categorias do GACP (RP – “*Recurso Principal*”, RS – “*Recurso Secundário*”, DS – “*Dificuldade Secundária*”, DP – “*Dificuldade Principal*”) como também com a amostra total. Contudo, a amostra total originou contagens muito baixas por célula, não revelou uma diferença clara e a simplificação sugeriu padrões que fizeram sentido teórico e prático. Para facilitar a análise e garantir maior robustez estatística, as variáveis categóricas foram recodificadas em duas categorias: “*Recurso*” (incluindo “*Recurso Principal*” e “*Recurso Secundário*”) e “*Dificuldade*” (incluindo “*Dificuldade Secundária*” e “*Dificuldade Principal*”). Esta simplificação permitiu melhorar a distribuição das frequências e evitar contagens muito baixas por célula, que poderiam comprometer a validade dos Testes de Qui-Quadrado. Tendo em conta a possibilidade de que o efeito das variáveis parentais sobre o desenvolvimento da criança varie em função da idade, procedeu-se à análise separada dos grupos etários ( $\leq 5$  anos, e  $> 5$  anos). Esta opção permitiu identificar padrões distintos de associação entre as dimensões analisadas consoante a etapa desenvolvimental da criança. A recodificação das variáveis em categorias dicotómicas, “*Recurso*” vs. “*Dificuldade*” e a divisão da amostra por idade em categorias permitiu obter uma leitura mais clara das relações entre as variáveis. Esta simplificação revelou associações significativas não detetadas com o total da amostra.

Adicionalmente, foi realizada uma análise complementar que procurou aprofundar o papel da D5 na relação entre a D2 e a D4, consoante a idade da criança. Para tal, recorreu-se à seleção de casos em que a dimensão D5 foi classificada como “*Dificuldade*”.

#### IV – Resultados

- i) **As competências parentais (D4) estão correlacionadas ao bem-estar e desenvolvimento infantil (D2), refletindo a influência das práticas parentais em termos de “Recurso” ou “Dificuldade” na promoção da saúde física e socio emocional da criança?**

Ao analisar a relação entre a “*Saúde e Desenvolvimento da Criança*” (D2) e as “*Competências Parentais*” (D4) no grupo de crianças com menos de 5 anos, inclusive, os resultados não revelaram uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis. O teste Qui-quadrado de Pearson apresentou um valor de  $\chi^2 = 0,668^a$ , com  $p = 0,407$  ( $p > 0,05$ ), sendo que 50% das células da tabela apresentavam contagens esperadas inferiores a 5, comprometendo a validade do teste (tabela 2 e 2.1). Os resultados sugerem que, nos primeiros anos de vida, o impacto das práticas parentais sobre o desenvolvimento da criança pode ainda não ser claramente observável, sendo condicionado por uma multiplicidade de fatores biológicos e contextuais, como os cuidados de saúde, o contexto familiar alargado ou fatores perinatais. Pela análise da tabela cruzada verificamos que a maioria dos casos em que a classificação da D2 é “*Recurso*”, a classificação da D4 é “*Dificuldade*”. Tal como defendem Pereira & Alarcão (2015), os efeitos da parentalidade tornam-se mais evidentes à medida que a criança cresce e interage de forma mais complexa com o ambiente.

**Tabela 2. ClassificaçãoSimplificadaD2 \* ClassificaçãoSimplicadaD4 - Recodificação das variáveis D2 e D4, respetivamente (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Análise Descritiva**

		ClassificaçãoSimplificadaD4		Total
		R	D	
Classificação SimplificadaD2	R	2	17	19
		8.0%	68.0%	76.0%
Total	D	0	6	6
		0.0%	24.0%	24.0%
		2	23	25
		8.0%	92.0%	100.0%

**Tabela 2.1. ClassificaçãoSimplificadaD2 \* ClassificaçãoSimplicadaD4 - Recodificação das variáveis D2 e D4, respectivamente (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Teste de Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	.686 <sup>a</sup>	1	.407		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Razão de verossimilhança	1.152	1	.283		
Teste Exato de Fisher				1.000	.570
Associação Linear por Linear	.659	1	.417		
N de Casos Válidos	25				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,48.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Por sua vez, ao analisar a relação entre a “*Saúde e o Desenvolvimento da Criança*” e as “*Competências Parentais*” nas crianças com mais de 5 anos de idade, os resultados demonstram uma correlação estatisticamente significativa entre as duas variáveis. O teste Qui-Quadrado de Pearson indicou um valor de  $\chi^2 = 6,378^a$ , com  $p = 0,041$ , considerando um nível de significância de 5% (tabela 3.1). Como  $p < 0,05$ , rejeitamos a hipótese nula ( $H_0$ ), que pressupõe que não há relação entre as variáveis analisadas. Pela análise da tabela cruzada, os dados mostram que 68,4% dos casos na D2 foram classificados como “*Recurso*” e 31,6% foram classificadas como “*Dificuldade*”. Nas classificações de D2 como “*Dificuldade*”, todos os casos foram classificados como “*Dificuldade Principal*” (DP) na D4, o que sugere uma forte relação entre as dificuldades parentais e as dificuldades a nível da saúde e desenvolvimento da criança (tabela 3).

Os resultados demonstram que a relação entre a saúde e o desenvolvimento da criança e a competência parental torna-se mais evidente a partir dos cinco anos de idade, o que pode dever-se ao aumento da autonomia da criança, da complexidade das interações e da visibilidade de comportamentos adaptativos ou desajustados. A ausência de associação nos primeiros anos de vida não nega a influência da parentalidade, mas reforça a necessidade de uma avaliação contextual e sensível ao ciclo de vida da criança.

**Tabela 3. Classificação Simplificada D2 \* Competências Parentais - Recodificação da variável D2 (Quando *Select cases > idadecat > 2*): Análise Descritiva**

		Competências Parentais (D4)			Total
		RS	DS	DP	
Classificação Simplificada D2	R	3	5	5	13
		15.8%	26.3%	26.3%	68.4%
	D	0	0	6	6
		0.0%	0.0%	31.6%	31.6%
Total		3	5	11	19
		15.8%	26.3%	57.9%	100.0%

**Tabela 3.1. Classificação Simplificada D2 \* Competências Parentais - Recodificação da variável D2 (Quando *Select cases > idadecat > 2*): Teste de Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	6.378 <sup>a</sup>	2	.041
Razão de verossimilhança	8.541	2	.014
Associação Linear por Linear	4.976	1	.026
N de Casos Válidos	19		

a. 5 células (83,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,95.

Nota: R – Recurso; D – Dificuldade; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

**ii) Existe uma relação entre a classificação do controlo dos impulsos (D5) e a classificação de D4?**

Na relação entre a classificação de D5 e a classificação de D4 os resultados demonstram uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis nos dois grupos etários. O teste do Qui-Quadrado de Pearson indicou um valor de  $p = 0,000$  e  $p = 0,008$  no grupo de crianças com menos de 5 anos de idade e no grupo com mais de 5 anos de idade, respetivamente (tabelas 4.1 e 5.1), considerando um nível de significância de 5%. Como  $p < 0,05$ , podemos rejeitar a  $H_0$  e afirmar que existe uma associação entre a D5 e a D4.

Analisando as tabelas cruzadas verificamos que a maior parte dos casos corresponde a prestadores de cuidados classificados pelo gestor de caso com "Dificuldade Principal" (DP) na variável "Controlo dos Impulsos", em que simultaneamente foram classificados como "Dificuldade" na variável "Competências Parentais" (correlação positiva). Um número reduzido de casos em que a variável "Controlo dos Impulsos" foi

classificada como “*Recurso Principal*” (RP) ou “*Recurso Secundário*” (RS), a variável “*Competências Parentais*” foi classificada como “*Dificuldade*” (tabela 4 e 5), o que sugere a tendência de que um melhor nível de controlo dos impulsos por parte dos prestadores de cuidados, menor a probabilidade de dificuldade nas competências parentais. Apesar de uma elevada percentagem de células da tabela apresentar contagens esperadas inferiores a 5, o padrão de associação observado foi forte e consistente, reforçando a sua relevância e prática na avaliação realizada pelos técnicos.

Estes dados mostram como os gestores de caso, ao realizar a avaliação, tendem a integrar o funcionamento do cuidador como um indicador que afeta o modo como este se relaciona com a criança, define limites e gere conflitos. Isto reforça a ideia de que a D5 não é apenas uma dimensão isolada, mas uma variável que compromete o desempenho parental global, influenciando diretamente a classificação na D4.

**Tabela 4. Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (idadecat ≤ 2): Análise Descritiva**

		Competências Parentais (D4)				Total
		RP	RS	DS	DP	
Controlo de Impulsos (D5)	RP	1	0	1	0	2
		4.0%	0.0%	4.0%	0.0%	8.0%
	RS	0	0	0	1	1
		0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	4.0%
	DS	0	1	7	0	8
		0.0%	4.0%	28.0%	0.0%	32.0%
	DP	0	0	0	14	14
		0.0%	0.0%	0.0%	56.0%	56.0%
Total		1	1	8	15	25
		4.0%	4.0%	32.0%	60.0%	100.0%

**Tabela 4.1. Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (idadecat ≤ 2): Teste de Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	36.328 <sup>a</sup>	9	.000
Razão de verossimilhança	37.630	9	.000
Associação Linear por Linear	13.714	1	.000
N de Casos Válidos	25		

a. 15 células (93,8%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,04.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

**Tabela 5. Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (idadecat > 2): Análise Descritiva**

		Competências Parentais (D4)			Total
		RS	DS	DP	
Controlo de Impulsos (D5)	RP	1	0	0	1
		5.3%	0.0%	0.0%	5.3%
	RS	0	1	0	1
		0.0%	5.3%	0.0%	5.3%
	DS	2	3	1	6
		10.5%	15.8%	5.3%	31.6%
	DP	0	1	10	11
		0.0%	5.3%	52.6%	57.9%
Total		3	5	11	19
		15.8%	26.3%	57.9%	100.0%

**Tabela 5.1. Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (idadecat > 2): Teste de Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	17.391 <sup>a</sup>	6	.008
Razão de verossimilhança	17.610	6	.007
Associação Linear por Linear	9.986	1	.002
N de Casos Válidos	19		

a. 11 células (91,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,16.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

**iii) A classificação de D5 influencia a saúde e desenvolvimento da criança (D2), constituindo a D5 um fator de risco ou de proteção para o bem-estar infantil?**

Na relação entre a D2 e a D5, no grupo de crianças com menos de 5 anos de idade, inclusive, não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis. O teste do Qui-Quadrado de Pearson indicou um valor de  $\chi^2 = 1,079^a$  com  $p = 0,313$ , considerando um nível de significância de 5%, também 50% das células da tabela apresentaram contagens esperadas inferiores a 5, limitando a robustez estatística da análise (tabela 6.1). Como  $p > 0,05$ , podemos afirmar que não existe uma associação estatisticamente significativa entre a D2 e a D5 neste grupo etário. Através da análise à tabela cruzada verificamos que 65,4% das crianças avaliadas como “Recurso” em D2

estão associadas a cuidadores classificados com “*Dificuldade*” em D5, os dados não sustentam uma relação consistente (tabela 6).

Embora o gestor de caso reconheça o impacto do “*Controlo dos Impulsos*” (D5) na “*Competência Parental*” (D4), esse impacto nem sempre se traduz de forma imediata na “*Saúde e Desenvolvimento da Criança*” (D2). Tal como sugerido por modelos ecológicos do desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979), o desenvolvimento infantil é influenciado por múltiplas variáveis — incluindo fatores biológicos, rede de apoio, frequência de contacto, contexto de acolhimento — que podem atenuar ou compensar os efeitos negativos do comportamento parental impulsivo. Esta ausência de associação pode ser justificada pela maior influência, nos primeiros anos de vida, de fatores biológicos, cuidados básicos e histórico pré-natal, que podem atenuar os efeitos das dinâmicas relacionais da díade cuidador-criança.

**Tabela 6. ClassificaçãoSimplificadaD2 \* ClassificaçãoSimplicadaD5 - Recodificação das variáveis D2 e D5, respetivamente (Quando *Select cases > idadecat* ≤ 2): Análise Descritiva**

		ClassificaçãoSimplicadaD5		Total
		R	D	
Classificação Simplificada D2	R	3	17	20
		11.5%	65.4%	76.9%
	D	0	6	6
		0.0%	23.1%	23.1%
Total		3	23	26
		11.5%	88.5%	100.0%

**Tabela 6.1. ClassificaçãoSimplificadaD2 \* ClassificaçãoSimplicadaD5 - Recodificação das variáveis D2 e D5, respetivamente (Quando *Select cases > idadecat* ≤ 2): Teste de Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1.017 <sup>a</sup>	1	.313		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	.079	1	.779		
Razão de verossimilhança	1.688	1	.194		
Teste Exato de Fisher				1.000	.438
Associação Linear por Linear	.978	1	.323		
N de Casos Válidos	26				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,69.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Nota: R – Recurso; D – Dificuldade

Nas crianças com mais de 5 anos de idade, foi identificada uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis D2 e D5. O teste Qui-quadrado de Pearson apresentou um valor de  $\chi^2 = 8,382^a$ , com  $p = 0,039$  ( $p < 0,05$ ), apesar de 87,5% das células apresentarem contagens esperadas inferiores a 5 (tabela 7.1). Este resultado, ainda que deva ser interpretado com cautela estatística, revela uma tendência clara reconhecida pelos gestores de caso. A tabela cruzada mostra que a maioria dos casos (89,5%) foram classificados como “*Dificuldade*” para a variável “*Controlo dos Impulsos*” (D5). Dentro desses casos, cerca de metade (47,4%) foram classificados como RP (“*Recurso Principal*”), 10,5% como RS (“*Recurso Secundário*”), 15,8% como DS (“*Dificuldade Secundária*”) e 15,8% como DP (“*Dificuldade Principal*”) (tabela 7).

Apesar de à primeira vista os padrões de classificação parecerem semelhantes nos dois grupos etários, a associação entre a “*Saúde e Desenvolvimento da Criança*” (D2) e o “*Controlo dos Impulsos*” (D5) revelou-se estatisticamente significativa apenas nas crianças com mais de 5 anos de idade. Esta diferença poderá ser resultado da estrutura interna da distribuição: no grupo etário das crianças com menos de 5 anos de idade, inclusive, a grande concentração de classificações limita a variabilidade dos dados, tornando impossível detetar um padrão robusto. Já nas crianças com idade superior a 5 anos, a distribuição das classificações é mais equilibrada entre “*Recurso*” e “*Dificuldade*”, permitindo que o padrão de associação entre a D2 e a D5 seja estatisticamente detetado.

**Tabela 7. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* ClassificaçãoSimplicadaD5 - Recodificação da variável D5 (Quando *Select cases > idadecat > 2*): Análise Descritiva**

		ClassificaçãoSimplicadaD5		Total
		Recurso	Dificuldade	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	0	9	9
		0.0%	47.4%	47.4%
	RS	2	2	4
		10.5%	10.5%	21.1%
	DS	0	3	3
		0.0%	15.8%	15.8%
	DP	0	3	3
		0.0%	15.8%	15.8%
Total		2	17	19
		10.5%	89.5%	100.0%

**Tabela 7.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Classificação Simplificada D5 - Recodificação da variável D5 (Quando *Select cases > idadecat > 2*): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8.382 <sup>a</sup>	3	.039
Razão de verossimilhança	7.242	3	.065
Associação Linear por Linear	.000	1	1.000
N de Casos Válidos	19		

a. 7 células (87,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,32.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

- iv) O controlo dos impulsos (D5) tem efeito na relação entre a saúde e desenvolvimento da criança (D2) e as competências parentais (D4), ou seja, a regulação emocional dos cuidadores pode ser um mecanismo através do qual as práticas parentais afetam a saúde e o desenvolvimento da criança?**

Considerando as análises anteriores, os resultados revelam um padrão distinto entre os dois grupos etários. Nas crianças com idade menor ou igual a cinco anos, não se observou correlações significativas entre a D2 e a D4 e entre a D2 e a D5, apenas a correlação entre D5 e a D4 foi estatisticamente significativa. Tal sugere que, nesta fase precoce do desenvolvimento, os gestores de caso identificam o impacto do controlo dos impulsos ao nível do desempenho parental, mas não observam ainda as consequências diretas no bem-estar da criança. Por sua vez, nas crianças com idade superior a 5 anos, todas as correlações entre as três dimensões analisadas (D2, D4 e D5) mostraram-se significativas.

Estes dados reforçam a ideia de que o impacto da parentalidade – e, em particular, do controlo dos impulsos – é modulado pela idade da criança, e que a D5 pode funcionar como uma variável que influencia a relação entre a D2 e a D4 de forma mais evidente a partir de determinado período de desenvolvimento. Os dados sugerem que os gestores de caso reconhecem que dificuldades a nível do controlo dos impulsos por parte dos prestadores de cuidados pode comprometer o desenvolvimento da criança, e que o impacto se torna mais evidente quando esta já possui maior autonomia, exige maior regulação emocional por parte do adulto e está exposta a interações mais complexas. Quando o controlo dos impulsos é classificado pelos gestores de caso como um

“Recurso”, observa-se uma maior tendência para avaliar a “Saúde e o Desenvolvimento da Criança” também como “Recurso”.

Adicionalmente, foi realizada uma análise exploratória com *Select Cases*, considerando apenas os casos em que os prestadores de cuidados foram classificados com “Dificuldade” na D5. Esta opção metodológica teve como objetivo isolar os casos em que os gestores de caso classificaram a D5 como “Dificuldade” (DS+DP), de forma a compreender de que modo essa condição interfere nas relações entre as outras dimensões avaliadas — nomeadamente, a D2 e a D4, dado que as correlações anteriores revelaram padrões distintos consoante a idade da criança. Posto isto, nas crianças com menos de 5 anos de idade, a correlação entre a D2 e a D4 o teste Qui-quadrado não revelou uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis (tabela 8). Observou-se que a maioria das crianças, mesmo quando avaliadas com “Recurso” em D2, estavam associadas a cuidadores com “Dificuldade” na D4 (tabela 8.1). Podemos concluir que o “Controlo dos Impulsos” já está comprometido, e isso parece afetar a “Competência Parental” (D4), mas não há reflexo direto na “Saúde e Desenvolvimento da Criança” (D2); e, por último, pode existir fatores de proteção, tais como, a criança estar em situação de acolhimento, o ambiente escolar, outros adultos envolventes que protegem a criança do impacto direto.

No grupo de crianças com mais de cinco anos de idade, ao aplicar *Select Cases* > “Controlo dos Impulsos”  $\geq 2$  (D5 = “Dificuldade”), a relação entre a D2 e a D4 não revelou uma correlação significativa (tabela 9.1), pelo que parece demonstrar que mesmo quando os prestadores de cuidados parecem ter “Recurso” a nível da D4, não conseguem fazer com que essa competência, isoladamente, se reflita positivamente no desenvolvimento da criança, ou seja, a D5 atua na relação entre a D2 e a D4 (tabela 9).

Através da análise às tabelas 10 e 11 percebemos que a correlação entre a D5 e a D4 se manteve estatisticamente significativa mesmo quando se analisam apenas os casos em que o “Controlo dos Impulsos” foi classificado como “Dificuldade”. Isto confirma que a dificuldade a nível do controlo dos impulsos continua a estar fortemente associada a uma avaliação negativa da competência parental. Podemos concluir que os técnicos reconhecem a dificuldade na D5 como uma variável que compromete a parentalidade, independentemente do impacto visível na criança, e que a D5 deve ser considerada um fator-chave em contextos de avaliação de risco e planeamento de intervenção, particularmente quando se avalia o potencial de mudança.

**Tabela 8. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat ≤ 2 AND Controle dos Impulsos ≤ 2): Análise Descritiva**

		Competências Parentais (D4)			Total
		RS	DS	DP	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	1	6	7	14
		4.5%	27.3%	31.8%	63.7%
Total	RS	0	0	2	2
		0.0%	0.0%	9.1%	9.1%
	DS	0	0	1	1
		0.0%	0.0%	4.5%	4.5%
	DP	0	1	4	5
		0.0%	0.0%	18.2%	22.7%
Total		1	7	7	22
		4.5%	31.8%	63.6%	100.0%

**Tabela 8.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat ≤ 2 AND Controle dos Impulsos ≤ 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	3.524 <sup>a</sup>	6	.741
Razão de verossimilhança	4.716	6	.581
Associação Linear por Linear	1.890	1	.169
N de Casos Válidos	22		

a. 11 células (91,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,05.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

**Tabela 9. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat > 2 AND Controle dos Impulsos ≥ 2): Análise Descritiva**

		Competências Parentais (D4)			Total
		RS	DS	DP	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	2	4	3	9
		11.8%	23.5%	17.6%	52.9%
Total	RS	0	0	2	2
		0.0%	0.0%	11.8%	11.8%
	DS	0	0	3	3
		0.0%	0.0%	17.6%	17.6%
	DP	0	0	3	3
		0.0%	0.0%	17.6%	17.6%
Total		2	4	11	17
		11.8%	23.5%	64.7%	100.0%

**Tabela 9.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat > 2 AND Controlo dos Impulsos  $\geq$  2): Teste de Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8.242 <sup>a</sup>	6	.221
Razão de verossimilhança	10.617	6	.101
Associação Linear por Linear	5.181	1	.023
N de Casos Válidos	17		

a. 11 células (91,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,24.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

**Tabela 10. Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat  $\leq$  2 AND Controlo dos Impulsos  $\geq$  2): Análise Descritiva**

		Competências Parentais (D4)			Total
		RS	DS	DP	
Controlo dos Impulsos (D5)	DS	1 4.5%	7 31.8%	0 0.0%	8 36.4%
	DP	0 0.0%	0 0.0%	14 63.6%	14 63.6%
Total		1 4.5%	7 31.8%	14 63.6%	22 100.0%

**Tabela 10.1. Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat  $\leq$  2 AND Controlo dos Impulsos  $\geq$  2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	22.000 <sup>a</sup>	2	.000
Razão de verossimilhança	28.841	2	.000
Associação Linear por Linear	18.489	1	.000
N de Casos Válidos	22		

a. 4 células (66,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,36.

Nota: RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

**Tabela 11. Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat > 2 AND Controlo dos Impulsos  $\geq$  2): Análise Descritiva**

		Competências Parentais (D4)			Total
		RS	DS	DP	
Controlo dos Impulsos (D5)	DS	2	3	1	6
		11.8%	17.6%	5.9%	35.3%
	DP	0	1	10	11
		0.0%	5.9%	58.8%	64.7%
Total		2	4	11	17
		11.8%	23.5%	64.7%	100.0%

**Tabela 11.1. Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais (Quando *Select cases* > idadecat > 2 AND Controlo dos Impulsos  $\geq$  2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	9.735 <sup>a</sup>	2	.008
Razão de verossimilhança	10.874	2	.004
Associação Linear por Linear	8.729	1	.003
N de Casos Válidos	17		

a. 5 células (83,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,71.

Nota: RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

**v) As classificações das dimensões D2 (saúde e desenvolvimento da criança), D4 (competência parental) e D5 (controlo dos impulsos) influenciam a formulação da Hipótese Prognóstica?**

Os resultados revelaram uma correlação estatisticamente significativa entre a dimensão D4 e a Hipótese Prognóstica ( $p = .000, p < 0.05$ ) (tabela 12). Os dados mostram que, dos 24 casos com prognóstico B, 21 têm prestadores de cuidados classificados com “*Dificuldade Principal*” a nível da D4, evidenciando que quanto maior a competência parental percebida, mais positiva é a hipótese formulada (tabela 12.1). Estes resultados sugerem que os gestores de caso fundamentam fortemente a sua perceção de mudança futura com base na avaliação da competência parental atual, o que é coerente com os pressupostos do Modelo Funcional do Comportamento Parental (Pereira & Alarcão, 2015), que valoriza a capacidade de exercer práticas parentais consistentes como indicador de evolução futura.

**Tabela 12. Competências Parentais \* Hipótese Prognóstica: Análise Descritiva**

		Hipótese Prognóstica			Total
		A	AB	B	
Competências Parentais (D4)	RP	1	0	0	1
	RS	4	0	0	4
	DS	7	3	3	13
	DP	0	2	21	23
Total		12	5	24	41

**Tabela 12.1. Competências Parentais \* Hipótese Prognóstica: Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	30.003 <sup>a</sup>	6	.000
Razão de verossimilhança	36.381	6	.000
Associação Linear por Linear	24.936	1	.000
N de Casos Válidos	41		

a. 9 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,12.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

Tal como na D4, existe uma correlação estatisticamente significativa entre a D5 e a Hipótese Prognóstica ( $p = .000, p < 0,05$ ) (tabela 13.1). Os dados mostram que entre os 26 casos com prognóstico B, 23 têm cuidadores classificados com “*Dificuldade Principal*” na D4 (tabela 13). Isto confirma que dificuldades na D4 é fortemente considerada pelos técnicos como um fator de risco para a evolução da situação, interferindo na sua perceção sobre o potencial de mudança. Esta leitura está alinhada com as propostas de Sanders et al. (2019), que destacam a regulação emocional como condição para o sucesso de qualquer intervenção em contexto familiar.

**Tabela 13. Controlo dos Impulsos \* Hipótese Prognóstica: Análise Descritiva**

		Hipótese Prognóstica			Total
		A	AB	B	
Controlo de Impulsos (D5)	RP	2	1	0	3
	RS	1	1	0	2
	DS	9	2	3	14
	DP	0	1	23	24
Total		12	5	26	43

**Tabela 13.1. Controlo dos Impulsos \* Hipótese Prognóstica: Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	31.800 <sup>a</sup>	6	.000
Razão de verossimilhança	38.425	6	.000
Associação Linear por Linear	20.356	1	.000
N de Casos Válidos	43		

a. 9 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,23.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; A – “Potencial de mudança encorajador”; B – “Alto risco de cronicidade”; AB – “Indefinido”

No que respeita à correlação entre a D2 e a Hipótese Prognóstica, não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa ( $p = 0,201$ ;  $p > 0,05$ ). Embora se observe que a maioria dos casos com “Recurso” na D2 coincidem com prognósticos positivos, os padrões são mais difusos. Por exemplo, existem casos de crianças avaliadas como “Recurso” em D2 associadas a prognóstico B; e casos com “Dificuldade” em D2 associadas a prognóstico AB ou mesmo A.

**Tabela 14. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Hipótese Prognóstica: Análise Descritiva**

		Hipótese Prognóstica			Total
		A	AB	B	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	9	3	13	25
	RS	2	2	2	6
	DS	0	0	3	3
	DP	1	0	7	8
Total		12	5	25	42

**Tabela 14.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Hipótese Prognóstica: Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8.542 <sup>a</sup>	6	.201
Razão de verossimilhança	9.963	6	.126
Associação Linear por Linear	3.475	1	.062
N de Casos Válidos	42		

a. 10 células (83,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,36.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; A – “Potencial de mudança encorajador”; B – “Alto risco de cronicidade”; AB – “Indefinido”

Em suma, a classificação atribuída à D4 e à D5 associa-se significativamente à Hipótese Prognóstica.

## Discussão

Os resultados obtidos permitiram identificar padrões relevantes, diferenciados por grupo etário, com implicações significativas para a prática profissional em contexto de proteção à infância.

A primeira análise evidenciou que a “*Saúde e Desenvolvimento da Criança*” (D2), enquanto modificador relacional e um dos principais aspetos que contribui para a capacidade parental, está mais claramente associada à “*Competência Parental*” (D4) nas crianças a partir dos 5 anos de idade. Esta constatação parece evidenciar que os efeitos da competência parental sobre o desenvolvimento da criança não são uniformes ao longo do ciclo de vida infantil, sendo particularmente mais perceptíveis em fases mais avançadas do desenvolvimento. Tal resultado está em consonância com os pressupostos dos modelos ecológicos do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1979), que sublinham que a criança se desenvolve em múltiplos contextos interligados — desde o núcleo familiar até sistemas mais amplos — e que as influências parentais tendem a tornar-se mais visíveis à medida que a criança adquire maior autonomia e é exposta a exigências sociais, escolares e relacionais mais complexas. Estes resultados também poderão decorrer de diversos fatores como ter menos observações e uma avaliação menos detalhada da qualidade das interações, sobretudo nas crianças mais pequenas.

Em crianças mais pequenas, com menos de cinco anos de idade, a ausência de associação significativa entre D2 e D4 pode refletir a predominância de fatores estruturais, contextuais ou mesmo biológicos na promoção do seu desenvolvimento. Por exemplo, em idades precoces, a saúde e o desenvolvimento infantil pode estar mais condicionada por aspetos como o acesso a cuidados de saúde, a qualidade do acolhimento institucional (quando aplicável), o envolvimento de figuras de suporte além dos cuidadores principais, ou ainda características inerentes ao temperamento ou neuro desenvolvimento da criança. Assim, mesmo perante competências parentais deficitárias, estes fatores poderão exercer um efeito compensatório, diluindo a expressão direta da parentalidade nos indicadores de desenvolvimento. Estes dados realçam a importância de uma abordagem ecológica e multidimensional na avaliação da parentalidade, que tenha em conta não só o cuidador, mas também o ecossistema envolvente da criança, particularmente em faixas etárias mais precoces. Avaliar o impacto das competências parentais sem considerar o conjunto de variáveis ambientais e relacionais em que a criança está inserida poderá conduzir a leituras simplificadas ou até enviesadas.

Relativamente ao “*Controlo dos Impulsos*” (D5), os dados obtidos confirmaram a relevância desta dimensão como um fator transversal às dinâmicas parentais, sendo significativamente associado às “*Competências Parentais*” (D4) em ambos os grupos etários. Este resultado valida a hipótese de que a autorregulação emocional constitui uma competência essencial para o exercício eficaz da parentalidade, funcionando como um elemento-chave para práticas parentais consistentes, sensíveis e ajustadas às necessidades da criança (Sanders et al., 2019; Tani et al., 2017). A capacidade do cuidador para gerir emoções intensas, inibir reações impulsivas e manter comportamentos orientados por objetivos é determinante para estabelecer limites claros, lidar com comportamentos desafiantes e promover uma relação segura e estável com a criança. Esta associação robusta entre D5 e D4 sugere, assim, que dificuldades no controlo dos impulsos por parte dos cuidadores podem comprometer diretamente a sua eficácia parental, independentemente da idade da criança. Para além disso, observou-se que, no grupo de crianças com mais de cinco anos, a variável D2 se correlaciona também com a D5, o que não se verificou no outro grupo etário. Esta diferença etária é particularmente relevante. Nas crianças mais velhas, o impacto das dificuldades de autorregulação do adulto poderá ser mais diretamente observado no comportamento e bem-estar da criança, dado que estas se encontram em fases de maior exigência adaptativa. Quando o adulto não consegue modelar adequadamente estratégias de regulação emocional — por exemplo, através de comportamentos explosivos, inconsistência disciplinar ou rigidez reacional — a criança pode interiorizar padrões de funcionamento desadaptativos, afetando o seu desenvolvimento socioemocional e cognitivo. A ausência desta correlação no grupo de crianças com menos de cinco anos poderá refletir a prevalência de fatores de base biológica ou institucional que amortecem o impacto das práticas parentais diretas, ou ainda o facto de, nesta fase, a criança se encontrar numa posição de maior dependência e com menor expressão autónoma de dificuldades que possam ser captadas nos instrumentos avaliativos utilizados. Neste sentido, a associação entre o desenvolvimento da criança e o controlo dos impulsos parece emergir de forma mais clara numa fase do desenvolvimento em que a criança interage com múltiplos contextos sociais e educacionais, e em que a influência das figuras parentais sobre a regulação emocional ganha particular expressão. Estes dados reforçam a importância de considerar a autorregulação emocional como um alvo central em intervenções de apoio à parentalidade, particularmente em contextos de risco. Torna-se importante evidenciar que intervenções que promovam o autocontrolo, a consciência emocional e a tolerância à

frustração nos cuidadores podem ter efeitos positivos não só sobre a sua competência parental, mas também sobre os resultados desenvolvimentais das crianças, sobretudo nas idades em que estas estão mais vulneráveis às dinâmicas familiares disfuncionais.

Relativamente ao possível efeito da D5 na relação entre a D2 e a D4, os resultados do presente estudo sugerem padrões distintos consoante a idade da criança e a classificação da D5. Nas crianças com menos de cinco anos, não foi encontrada uma correlação significativa entre a D2 e a D4, independentemente do nível de controlo dos impulsos do cuidador. Esta ausência de relação pode refletir o facto de, em idades mais precoces, o desenvolvimento da criança depender predominantemente de fatores biológicos e estruturais (como o estado de saúde, cuidados básicos e rede de suporte). Além disso, nesta fase, as práticas parentais podem ainda não ter tido tempo suficiente para exercer um impacto visível sobre o desenvolvimento global da criança. Isto é, o impacto das práticas parentais, mesmo quando disfuncionais, poderá ainda não ter produzido consequências claras no funcionamento da criança, sobretudo quando esta se encontra em ambientes que asseguram as necessidades básicas e uma estrutura de suporte minimamente estável. Tal facto reforça a importância de considerar o controlo dos impulsos como um fator crítico na avaliação de risco e prognóstico nos contextos de proteção à infância: a ausência de correlações significativas nesta fase não deve ser interpretada como ausência de risco, mas sim como sinal da complexidade do processo desenvolvimental.

Já no grupo de crianças com cinco ou mais anos, verificou-se uma associação significativa entre a D2 e a D4. No entanto, esta associação não se mostrou quando consideramos apenas os casos em que D5 é considerada “*Dificuldade*”. Este padrão sugere que o controlo dos impulsos tem efeito na relação entre o desenvolvimento da criança e as competências parentais: a competência parental só se traduz em efeitos positivos no desenvolvimento da criança quando o cuidador possui também capacidade de autorregulação emocional, ou seja, as competências parentais avaliadas podem não ser suficientes para garantir o desenvolvimento saudável da criança. Estes resultados estão alinhados com a literatura que destaca a importância das competências emocionais na parentalidade (Tani et al., 2017; Sanders et al., 2019), sugerindo que não basta saber o que fazer: é necessário ter capacidade para aplicar consistentemente essas competências, especialmente em situações de stress ou conflito. A forma como os prestadores de cuidados se autorregulam emerge assim como um elemento transversal, com impacto direto tanto na qualidade das práticas parentais como nos resultados desenvolvimentais

da criança. Este padrão confirma os pressupostos do Modelo Funcional do Comportamento Parental (Pereira & Alarcão, 2015), segundo o qual a estrutura psíquica pessoal do cuidador não só influenciam a qualidade da parentalidade, como modulam os seus efeitos sobre a criança. Esta leitura também é consistente com os contributos de Sanders et al. (2019), que destacam o controlo emocional como elemento-chave nas intervenções dirigidas à parentalidade de risco. Ou seja, mesmo quando um cuidador apresenta competências parentais aparentemente adequadas, a sua capacidade de as aplicar de forma consistente e sensível depende da forma como se autorregula. Esta conclusão sustenta a importância de avaliar as dimensões emocionais do adulto como elementos críticos no juízo clínico sobre risco e mudança.

Por fim, considerando que estamos a olhar a saúde e o desenvolvimento da criança como uma dimensão de avaliação do funcionamento parental e como uma dimensão que influencia a capacidade parental, a análise da relação entre a D2 e a Hipótese Prognóstica não mostrou associação significativa. Este padrão é coerente com uma perspetiva prognóstica que valoriza o potencial de mudança e a capacidade de envolvimento parental (eixo diacrónico) e não apenas num dado momento (eixo sincrónico), que pode ser transitória ou compensada por fatores externos. Esta interpretação é compatível com abordagens teóricas que defendem uma avaliação prospetiva e sistémica em contextos de proteção à infância (Turney et al., 2012; Munro, 2011). O foco nas dimensões parentais enquanto preditores de mudança reflete também uma sensibilidade ao facto de que o estado atual da criança pode ser, em muitos casos, resultado de fatores contextuais temporários ou de apoios externos que não garantem, por si só, a sustentabilidade do bem-estar a longo prazo. Deste modo, a Hipótese Prognóstica parece desempenhar uma função não apenas descritiva, mas também antecipatória, refletindo a aposta dos profissionais na capacidade do sistema familiar de evoluir de forma positiva ou negativa consoante os recursos parentais disponíveis. Este dado reforça, ainda, a importância de capacitar os técnicos na leitura crítica e contextualizada dos indicadores parentais, assegurando que a sua perceção de mudança se baseia em critérios consistentes, éticos e alinhados com os melhores interesses da criança.

Estes resultados têm importantes implicações práticas. Sublinham a necessidade de os profissionais do contexto de proteção à infância considerarem de forma integrada os indicadores emocionais e relacionais do cuidador, não apenas para efeitos diagnósticos, mas sobretudo para sustentar decisões sobre intervenção e prognóstico. A dificuldade no controlo dos impulsos, em particular, surge como um fator transversal que

afeta não só o exercício parental como também a percepção da possibilidade de mudança, sendo assim um critério essencial a ter em conta na construção de planos de intervenção. Os resultados deste estudo mostram que a competência parental e a autorregulação emocional têm forte impacto na previsão do potencial de mudança dos prestadores de cuidados. Isto reforça a necessidade de intervenções que trabalhem não só as competências parentais observáveis, mas também os processos internos de regulação emocional. Modelos de intervenção como o FRAME+P, apesar de ser um modelo que se refere a casos em que houve separação entre a criança e o cuidador, é um modelo centrado na capacitação e na promoção da parentalidade positiva que parece ir ao encontro das necessidades identificadas nos casos analisados. Este modelo assenta na ideia de que não devem ser só trabalhadas as dificuldades que levaram à situação de risco, mas também as potencialidades da família. A participação ativa da família procura garantir que a intervenção seja adequada às características da mesma. A ecologia da parentalidade resulta das características e necessidades idiossincráticas de cada criança, das competências parentais para lhes dar resposta, mas também das condições de vida e do contexto psicossocial da família (Pratas et al., 2017; Abreu-Lima et al., 2010; Balsells et al., 2018). A integração de estratégias individualizadas e familiares com estratégias grupais e comunitárias aperfeiçoa a aquisição e melhoria do exercício da parentalidade positiva em situações de risco elevado (Balsells et al., 2023; Rodrigo et al., 2019).

Importa, no entanto, ter cautela na utilização das dimensões do GACP como preditores diretos da Hipótese Prognóstica. A subjetividade inerente ao juízo clínico e o risco de sobrevalorização de certas dimensões em detrimento de outras exigem um uso cuidadoso e supervisionado do instrumento. O investimento na formação e supervisão dos técnicos é fundamental para garantir avaliações justas, rigorosas e que promovam, de facto, o superior interesse da criança.

Apesar da relevância dos resultados, este estudo apresenta limitações. Em primeiro lugar, a reduzida dimensão da amostra limitou a robustez estatística de algumas análises, sobretudo quando os casos foram divididos por grupos etários. A concentração de classificações em determinadas categorias gerou uma elevada frequência de células com contagens esperadas inferiores a cinco em várias tabelas de contingência, o que compromete a estabilidade dos testes estatísticos aplicados e, conseqüentemente, a sua generalização. Ainda assim, os padrões identificados mostraram-se teoricamente consistentes e coerentes com a literatura, o que confere alguma validade interpretativa aos resultados.

A amostra reduzida e a concentração de classificações em determinadas categorias limitaram a robustez estatística de algumas análises, especialmente nos grupos etários. Seria desejável, em estudos futuros, aplicar o GACP a amostras maiores e mais diversificadas, e considerar a utilização de métodos de análise multivariada que permitam uma exploração mais aprofundada das relações entre variáveis.

Importa ainda destacar a especificidade da amostra, ou seja, a maioria dos casos incluídos na amostra diz respeito a situações avaliadas como de máxima complexidade pela EMAT, ou seja, contextos em que o perigo para a criança já está identificado e consolidado, o que nos faz antever que são casos de perfil de funcionamento parental mais vulnerável. Esta característica da amostra poderá ter condicionado os resultados, na medida em que muitos dos perfis observados refletem funcionamentos parentais severamente comprometidos, o que pode enviesar a representatividade dos casos. Nestes contextos de elevada complexidade, as variáveis associadas ao funcionamento do cuidador (como o controlo dos impulsos ou as competências parentais) tendem a surgir com maior gravidade, o que pode potenciar correlações significativas que não se verificariam em amostras mais heterogéneas.

Finalmente, a dependência do juízo clínico dos técnicos como fonte principal de classificação pode introduzir vieses, ainda que o GACP disponha de orientações sistematizadas para a sua aplicação. Assim, recomenda-se o reforço da formação dos profissionais na utilização do instrumento, bem como o rigoroso fundamento da sua utilização em metodologia multi-sujeito e multi-método que permitam triangular os dados. Especificamente, nos Guias verificaram-se itens na D2 por preencher, evidenciando que é necessária uma melhor documentação na avaliação das crianças, como também reunir mais evidências através da observação de interações.

Em suma, os resultados deste estudo reforçam a relevância de três dimensões-chave do GACP — Desenvolvimento da Criança (D2), Competência Parental (D4) e Controlo dos Impulsos (D5) — enquanto indicadores centrais na avaliação das capacidades parentais e na formulação da Hipótese Prognóstica. Apesar das limitações inerentes à amostra reduzida e à predominância de casos de elevada complexidade, os padrões identificados revelam-se teoricamente coerentes e alinhados com a literatura sobre a parentalidade em contextos de risco. Importa sublinhar que este estudo não teve como objetivo avaliar a totalidade do modelo funcional subjacente ao GACP, mas sim aprofundar o papel específico de três componentes que representam, respetivamente, as dimensões da díade criança-prestador de cuidados. Esta opção metodológica permite

considerar os resultados como representativos de processos funcionais fundamentais, com potencial de replicação em contextos mais amplos, contribuindo para uma leitura mais flexível e aplicável a diferentes perfis familiares, incluindo contextos de menor risco. Deste modo, recomenda-se que futuras investigações alarguem a amostra a diferentes níveis de complexidade, integrem outras dimensões do GACP, e recorram a análises multivariadas que permitam explorar com maior profundidade os mecanismos de risco e proteção envolvidos na capacidade parental. Também será importante continuar a analisar os resultados do Guia dando especial atenção a crianças com problemas desenvolvimentais. Uma abordagem mais abrangente poderá consolidar os padrões identificados e contribuir para avaliações mais sensíveis, eficazes e fundamentadas.

### **Conclusão**

No contexto de promoção e proteção os técnicos ocupam-se de estudar as regularidades e irregularidades do funcionamento parental, sendo que se torna essencial estudar como cada componente se relaciona entre si. A presente dissertação teve como principal finalidade compreender, a partir da aplicação do GACP – Guia de Avaliação da Capacidade Parental, como diferentes dimensões relacionadas com o cuidador e com a criança se interligam e influenciam o juízo clínico dos técnicos em contexto de proteção à infância. Foram analisadas as dimensões D2 (“*Saúde e Desenvolvimento da Criança*”), D4 (“*Competências Parentais*”) e D5 (“*Controlo dos Impulsos*”), bem como a Hipótese Prognóstica, que expressa a percepção do técnico sobre o potencial de mudança da situação familiar.

Os resultados evidenciaram que as relações entre as variáveis analisadas não são uniformes ao longo do desenvolvimento da criança. As classificações atribuídas à saúde e desenvolvimento da criança mostram-se associadas de forma significativa às classificações atribuídas à competência parental (D4) no grupo de crianças com mais de cinco anos, sugerindo que a influência da parentalidade tende a tornar-se mais evidente à medida que a criança cresce e interage de forma mais complexa com o ambiente. Também na amostra não existiram casos em que as crianças tivessem problemas desde o seu nascimento, pelo que à medida que vão sendo diagnosticadas essa associação torna-se mais evidente. Importante será considerar que quando existem alterações no desenvolvimento da criança, as competências dos pais terão que ser alteradas. Por outro lado, o controlo dos impulsos do cuidador (D5) revelou-se uma dimensão associada à

competência parental (D4), tanto nos casos de crianças mais novas como nas mais velhas, destacando-se como um dos fatores mais relevantes para a compreensão do funcionamento parental.

A análise mais detalhada dos dados indicou ainda que, nas crianças com mais de cinco anos, todas as variáveis analisadas se encontravam significativamente correlacionadas entre si, o que não se verificou nas crianças mais novas. Estes resultados reforçam a necessidade de considerar a idade e a fase de desenvolvimento da criança na interpretação dos dados recolhidos com o GACP, como também em estudos futuros considerar crianças com problemas de desenvolvimento. Além disso, os dados sugerem que o controlo emocional do cuidador tem efeito na sua eficácia parental, ao condicionar a forma como as competências avaliadas se traduzem em benefícios para o desenvolvimento da criança.

No que diz respeito à Hipótese Prognóstica, os resultados evidenciam que é crucial os técnicos terem uma perspetiva prognóstica que valoriza o potencial de mudança e a capacidade de envolvimento parental (eixo diacrónico) e não apenas um dado momento (eixo sincrónico). Assim, a Hipótese Prognóstica parece desempenhar uma função não apenas descritiva, mas também antecipatória, refletindo a aposta dos profissionais na capacidade do sistema familiar de evoluir de forma positiva ou negativa consoante os recursos parentais disponíveis.

Este estudo contribui para a valorização do GACP enquanto ferramenta que não apenas organiza informação de forma estruturada, mas também suporta o raciocínio clínico do técnico, ao integrar variáveis individuais, relacionais e contextuais. Os resultados obtidos têm implicações práticas claras, nomeadamente na priorização de intervenções orientadas para o funcionamento emocional dos cuidadores, bem como na necessidade de leituras desenvolvimentais mais finas da situação da criança, por exemplo, valorizar a observação de interações na avaliação.

Importa reconhecer, no entanto, as limitações do estudo, nomeadamente ao nível do tamanho da amostra e da distribuição assimétrica de classificações em algumas dimensões, o que condicionou a robustez estatística de determinadas análises. Apesar disso, os padrões observados revelaram-se teoricamente consistentes e fornecem uma base sólida para futuros estudos.

Sugere-se, em investigações posteriores, a utilização de amostras maiores bem como a inclusão de outras variáveis do Guia, como também incluir casos em que as crianças tenham mais exigências específicas acerca das competências parentais. Seria

também pertinente replicar a análise destas variáveis em outros contextos com um perfil parental distinto.

Em conclusão, este estudo reforça o potencial do GACP na avaliação da capacidade parental e no apoio à tomada de decisão em contextos de promoção e proteção, sublinhando a importância da articulação entre as dimensões avaliadas e o raciocínio prognóstico dos profissionais. A aposta na qualificação da avaliação técnica e na compreensão integrada do funcionamento familiar revela-se essencial para garantir decisões mais justas, sustentadas e centradas no superior interesse da criança, evidenciando a necessidade de abordagens avaliativas sensíveis ao desenvolvimento da criança e à complexidade das dinâmicas familiares.

### Referências Bibliográficas

- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the Special Issue: The Stresses of Parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 298-301.
- Abidin, R. R. (1992): The Determinants of Parenting Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412. [http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp2104\\_12](http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12)
- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A. T., Brandão, M. T., Cruz, O., Gaspar, M. F., & Santos, M. R. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: relatório 2007-2010*. FPCEUP - Relatório Técnico. <https://hdl.handle.net/10216/62362>
- Aragão, F. M. S. (2014). *Parentalidade Positiva para a Promoção do Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 anos*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16311>
- Balsells M.À.; Vaquero, E.; Cortada, N; Fuentes-Peláez, N.; Mateos, A.; Urrea-Monclús, A.; Ponce, C.; Parra, B.; Mateo, M.; Fernández-Rodrigo, L.; Rodríguez, J.; Armengol, B.; Crous, G.; Padilla, P.; Pérez, S.; Borrego, A.; Forné, M.A.; Casas, J.; Massons-Ribas, A. & Erta-Majó, A. (2023). FRAME+P: Un modelo de acción socioeducativa con familias en el sistema de protección a la infancia y la adolescencia desde el enfoque de la parentalidad positiva. En M.À. Balsells, *Colección FRAME+P: El trabajo con la familia de origen en el sistema de protección a la infancia y la adolescencia*, 1. <https://repositori.udl.cat/handle/10459.1/463620>

- Barroso, N. E., Mendez, L., Graziano, P. A., & Bagner, D. M. (2018). Parenting Stress through the Lens of Different Clinical Groups: A Systematic Review & Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(3), 449-461. 10.1007/s10802-017-0313-6
- Batista, A. S. A., (2024). *A experiência de Parentalidade de crianças pequenas e o Bem-Estar dos pais: um estudo qualitativo*. [Master's thesis, Universitário de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/37534>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1), 1–103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320-335. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.4.320>
- Beveridge, J. K., Walker, A., Orr, S. L., Wilson, A. C., Birnie, K. A., & Noel, M. (2024). Parent Anxiety, Depression, Protective Responses, and Parenting Stress in the Context of Parent and Child Chronic Pain: A Daily Diary Study of Parent Variability. *The Journal of Pain*, 25(8). <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2024.03.008>
- Bornstein, M. H., Putnick, D. L., & Suwalsky, J. T. D. (2017). Parenting cognitions – parenting practices – child adjustment? The standard model. *Development and Psychopathology*, 1-18. 10.1017/S0954579417000931
- Brito, A., & Faro, A. (2016). Parental stress: Systematic review of empirical studies. *Psicologia em Pesquisa*, 10(1), 64-75. 10.5327/Z1982-1247201600010009
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard: University Press.
- Calheiros, M. M. A., & Garrido, M. V. (2014). *Crianças em Risco e Perigo – Vol. 4 – Contextos, Investigação e Intervenção*. Edições Sílabo.
- Canedo, V. C. F. (2014). *Programa de Competências Parentais para prevenção da negligência*. [Master's thesis, Universidade Fernando Pessoa].
- Carvalho, O., Lobo, C. C., Menezes, J., Oliveira, B. (2019). O valor das práticas de educação parental: visão dos profissionais. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 27(104). <https://doi.org/10.1590/S0104-40362019002701653>
- Castilho, L., & Mascarenhas, A. B. D. (2024). Maus tratos infantojuvenis e a atuação da psicologia em destituições do poder familiar. *Interamerican Journal of Forensic Psychology*, 1(1), 29-45. 10.35168/2966-3466.

- Cherian, N. S. (2024). A Study of Emotional Regulation, Parenting Style, and Resilience Among Adolescents. *International Journal of Innovative Research in Technology and Science*, 12(2), 380-383. <https://ijirts.org/index.php/ijirts/article/view/57>
- Costa, C. A. C. (2011). *Indutores do Stress Parental*. [Master's thesis, Universidade Fernando Pessoa]. <http://hdl.handle.net/10284/1977>
- Coutinho, I. C. M., Seabra-Santos, M. J., & Gaspar, M. F. F. (2012). Educação Parental com famílias maltratantes: Que potencialidades?. *Análise Psicológica*, 4, 405-420. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2012). Normative family transitions, couple relationship quality, and healthy child development. *Normal family processes: Growing diversity and complexity*, 428–451. The Guilford Press.
- Crosswell, A. D., & Lockwood, K. G. (2020). Best practices for stress measurement: How to measure psychological stress in health research. *Health Psychology Open*, 1-12. 10.1177/2055102920933073
- Cruz, O. (2014, Março 28). *Que Parentalidade?* [Conference session]. Temas de Direito da Família e das Crianças, Lisboa. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/118460>
- Deater-Deckard, K. (2005). Parenting Stress and Children's Development: Introduction to the Special Issue. *Infant and Child Development*, 14, 111-115. 10.1002/icd.383
- Dias, S., & Pimentel, J. S. (2016). Competência Parental: Auto-perceção e Mudança. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16(1), 308-312. 10.1111/1471-3802.12152
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological bulletin*, 110(1), 3.
- Duarte, M. I. N. T. (2022). *Parentalidade e Comportamentos de Risco na Adolescência*. [Master's thesis, ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório do ISPA. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/8816>
- Fang, Y., Luo, J., Boele, M., Windhorst, D., Grieken, A. V., & Raat, H. (2022). Parent, child, and situational factors associated with parenting stress: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 1687-1705. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02027-1>
- Fernandes, H. S. S. (2021). *Competências de Parentalidade Percebida, Estilos de Vinculação e Psicopatologia Parental*. [Master's thesis, Universidade do

- Algarve]. Repositório da Universidade do Algarve.  
<https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/18426>
- Ferreira, A. T., & Elias, L. C. S. (2024). Burnout parental, habilidades sociais educativas parentais e monitoramento parental: mães casadas e solo. *Interamerican Journal of Psychology*, 58(3).
- Ferreira, I. S., & Vasconcelos, C. (2015). Educação Parental e Intervenção Precoce – duas dinâmicas na redução de riscos. *Aprender – Revista da Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Portalegre*, 36.  
<https://doi.org/10.58041/aprender.36>
- Frosch, C. A., Schoppe-Sullivan, S. J., & O'Banion, D. D. (2019). Parenting and Child Development: A Relational Health Perspective. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(1), 45-53. 10.1177/1559827619849028
- Fuentes-Peláez, N., Inchaurredo, A. M., Vicente, C. P., & Bolós, A. M. (2018). Good professional practices for promoting positive parenting and child participation in reunification processes. *Child & Family Social Work*, 23, 574 – 581.  
 10.1111/cfs.12440
- Guo, X., Hao, C., Wang, W., & Li, Y. (2024). Parental Burnout, Negative Parenting Style, and Adolescents' Development. *Behavioral Sciences*, 14(3).  
<https://doi.org/10.3390/bs14030161>
- Gupta, V. B. (2007). Comparison of Parenting Stress in Different Development Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19(4), 417-435.  
 10.1007/s10882-007-9060-x
- Hsiao, Y. (2017). Parental Stress in Families of Children with Disabilities. *Intervention in School and Clinic*, 53(4), 1-5. 10.1177/1053451217712956
- Lalanda, S. C. R. E. S. (2012). *A Perceção das Competências Parentais por Pais e Filhos: Fatores Determinantes*. [Marter's thesis, Instituto Superior Miguel Torga].  
 Repositório Instituto Superior Miguel Torga.  
<http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/402>
- Lange, B. C. L., Callinan, L. S., & Smith, M. V. (2019). Adverse Childhood Experiences and Their Relation to Parenting Stress and Parenting Practices. *Community Mental Health Journal*, 55, 651–662. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0331-z>
- Lansford, J. E. (2017). An International Perspective on Parenting and Children's Adjustment. In Cabrera, N., & Leyendecker, B. (eds) *Handbook on Positive*

- Development of Minority Children and Youth*. Springer, [https://doi.org/10.1007/978-3-319-43645-6\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-319-43645-6_7)
- Lima, M. M. S., Silva, R. M. C. R. A., Pereira, E. R., Deus, V. A. H., Moura, V. B. P., & Silva, R. C. F. (2024). Impacto na vida de mulheres ao se tornarem mãe de portadores de necessidades especiais: revisão integrativa. *Revista Pró-Universus*, 15(3), 90-99. 10.21727/rpu.15iEspecial.3777
- Lin, S. C., Kehoe, C., Pozzi, E., Lontos, D., & Whittle, S. (2023). Research Review: Child emotion regulation mediates the association between family factors and internalizing symptoms in children and adolescents – a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(3), 260-274. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13894>
- Masten, A. S., & Shaffer, A. (2017). How families matter in child development. *Child Development*.
- Mak, M. C. K., Yin, L., Li, M., Cheung, R. Y., & Oon, P. (2020). The Relation between Parenting Stress and Child Behavior Problems: Negative Parenting Styles as Mediator. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 2993-3003. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01785-3>
- Meaney, M. J., Kee, M. Z. L., & Phua, D. Y. (2020). Positive Maternal Mental Health, Parenting, and Child Development. *Biological Psychiatry*, 87(4), 328-337. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.09.028>
- Marques, M. I. M. G. J. (2020). *Eficácia do neurofeedback numa amostra de sujeitos com Perturbação do Controlo dos Impulsos*. [Master's thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/130676>
- Martins, S., & Almeida, A. T. (2017). Necessidades nos apoios à parentalidade: perceções e práticas dos profissionais de saúde. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología Y Educación*, 5, 278-282. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.05.2760>
- Meier, A., Musick, K., Fischer, J., & Flood, S. (2018). Mothers' and Fathers' Well-Being in Parenting Across the Arch of Child Development. *Journal of Marriage and Family*. 10.1111/jomf.12491
- Mendes, C. S. A. (2010). Contributo para a avaliação de intervenções de educação parental em famílias de risco psicossocial. [Master's thesis, Universidade do Porto]. Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação.

- Minetto, F. M., & Löhr, S. S. (2016). Crenças e práticas educativas de mães de crianças com desenvolvimento atípico. *Educar em Revista*, 59, 49-64.
- Minetto, M. F. (2018). Práticas Educativas Parentais: Autonomia e Expressão de Afeto. *Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 155-164.
- Minetto, M. F., Crepaldi, M. A., Bigras, M., & Moreira, L. C. (2012). Práticas educativas e estresse parental de pais de crianças pequenas com desenvolvimento típico e atípico. *Educar em Revista*, 43, 117-132.
- Molina, M.C., Balsells, À., Casas, J., Fuentes, M., Fuentes-Peláez, N., Mateos, A., Mundet, A., Pastor, C., Ponce, C., Urrea, A., & Vaquero, E. (2013). Las buenas prácticas para la promoción de la parentalidad positiva.
- Morawska, A., Etel, E., & Mitchell, A. E. (2023). Relationships between parenting and illness factors and child behaviour difficulties in children with asthma and/or eczema. *Journal of Child Health Care*, 28(4). <https://doi.org/10.1177/13674935231155964>
- Morris, A. S., Criss, M. M., Silk, J. S., & Houlberg, B. J. (2017). The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*, 11(4), 233-238.
- Mota, C. M. M. P. (2015). *Parentalidade Positiva: Temas, Contextos e Práticas*. [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UC
- Noer, C., & Halpern, R. (2018). O pediatra e a promoção do desenvolvimento infantil: otimizando a consulta. *Residência Pediátrica*, 8(3), 156-162. [10.25060/residpediatr-2018.v8n3-12](https://doi.org/10.25060/residpediatr-2018.v8n3-12)
- Nogueira, S., Costa, C., Pinto, I. M., & Cruz, O. (2016). *Triple P – Programa de Parentalidade Positiva: um estudo piloto com mães em situação de risco psicossocial*. Atas do 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses. <https://hdl.handle.net/10216/111974>
- Nunes, L. M., Fonte, C., Alves, S. P., Sani, A. I., Estrada, R., & Caridade, S. (2019). Comportamento e Saúde Mental Dicionário Enciclopédico. Pactor.
- Pan, B., Miao, J., Wang, Y., Zhao, C., Gong, Y., Xiao, B., & Li, Y. (2025). Paternal parenting stress, parenting styles, and early childhood development: Examining the key role of parent-child relationships. *Personality and Individual Differences*, 241. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2025.113165>

- Park, H., & Walton-Moss, B. (2012). Parenting Style, Parenting Stress, and Children's Health-Related Behaviors. *Journal of Development & Behavioral Pediatrics*, 33(6), 495-503. 10.1097/DBP.0b013e318258bdb8
- Patias, N. D., Siqueira, A. C., & Dias, A. C. G. (2013). Práticas educativas e intervenção com pais: a educação como proteção ao desenvolvimento dos filhos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 21(1), 29-40. 10.15603/2176-1019/mud.v21n1p29-40
- Pereira, D. & Alarcão, M. (2014). Parentalidade Minimamente Adequada: Contributos para a operacionalização do conceito. *Análise Psicológica*, 32(2), 157-171. <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/721>
- Pereira, D. I. F. (2013). *Parentalidade e proteção à infância um guia para a avaliação da capacidade parental*. [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/23957>
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2010). Avaliação da parentalidade no quadro da proteção à infância. *Temas em psicologia*, 18(2), 499-513. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a23.pdf>
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2015). A tomada de decisão no âmbito da avaliação das capacidades parentais. *Intervenção Social*, 42-45, 43-64. [http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1724/1/IS\\_42-45\\_3.pdf](http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1724/1/IS_42-45_3.pdf)
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2015). Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo de Validade Ecológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(2), 203- 212. <https://revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/download/1900/748>
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2016). Guia de Avaliação das Capacidades Parentais [Instrumento Psicométrico]. Instrumento não publicado.
- Pinquart, M. (2017). Parenting stress in caregivers of children with chronic physical condition – A meta-analysis. *Stress and Health*, 1-11. 10.1002/smi.2780
- Pratas, A., Eira, J., Ribeiro, E. J., & Cordeiro, L. (2017). A par e passo com a família: a importância da educação parental para os técnicos que intervêm junto de famílias multidesafiadas. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8(1), 247-259. <http://hdl.handle.net/11067/4619>
- Ribeiro, M. J. S. (2003). *Ser Família – Construção, implementação e avaliação de um programa de Educação Parental*. [Master's thesis, Universidade do Minho]. Repositório Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia. <https://hdl.handle.net/1822/728>

- Rocha, D. S. P., & Souza, P. B. M. (2018). Levantamento Sistemático dos Focos de Estresse Parental em Cuidadores de Crianças com Síndrome de Down. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 24(3), 455-464. 10.1590/s1413-653824180003000010
- Rodrigo, M. J., Málquez, M. L., Ochaíta, E., Garuz, M. C. M., Amoros, P., Martínez-González, R. A., Balsells, M. A., Freijo, E. B. A., Fuentes-Peláez, N., Hidalgo, V., Quintana, J. C. M., & Mateos, A. (2019). *Best Practice Guide for Positive Parenting: A resource for practitioners working with families*. Spanish Federation of Municipalities and Provinces and Ministry of Health Consumption and social welfare
- Rodrigues, B. I. L. (2021). *Práticas Parentais e a Regulação das Necessidades Psicológicas dos Filhos: A Importância da Provisão de Estrutura*. [Master's thesis, Universidade de Évora]. Repositório Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/31082>
- Sanders, M. R., Turner, K. M. T., & Metzler, C. W. (2019). Applying Self-Regulation Principles in the Delivery of Parenting Interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 10.1007/s10567-019-00287-z
- Sani, A. I., & Caridade, S. (2026). *Práticas de Intervenção na Violência e no Crime*. Pactor.
- Santos, P. A. R. (2026). *Adesão a um programa de educação parental: Quais as barreiras e os facilitadores percebidos pelos pais?* [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UC
- Smorti, M., Mione, A., Fanciullacci, L., Claravolo, A., & Berrocal, C. (2024). Parenting and Emotional and Behavioral Difficulties in a General Population Sample of Adolescents: The Mediating Role of Emotional Dysregulation. *Children*, 11(4). <https://doi.org/10.3390/children11040435>
- Sousa, L. P. D. S. (2020). A importância do Gestor de Caso na intervenção com pessoas idosas. Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Talib, J., Mohamad, Z., & Mamat, M. (2011). Effects of Parenting Style on Children Development. *World Journal of Social Sciences*, 1(2), 14-35.
- Tani, F., Pascuzzi, D., & Raffagnino, R. (2017). The Relationship Between Perceived Parenting Style and Emotion Regulation Abilities in Adulthood. *Journal of Adult Development*, 25(1), 1-12. 10.1007/s10804-017-9269-6

- Thompson, R. A. (2014). Stress and Child Development. *The Future of Children*, 24(1), 41–59. <http://www.jstor.org/stable/23723382>
- Vasconcelos, M. I. F. (2024). *Associações entre a relação coparental e as práticas parentais do pai: O papel mediador do stress parental*. [Master's thesis, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. <http://hdl.handle.net/10071/33457>
- Vásquez, N., Ramos, P., Molina, M. C., & Artazcoz, L. (2016). Efecto de una intervención de promoción de la parentalidad positiva sobre el estrés parental. *AQUICHAN*, 16(2), 137-147. 10.5294/aqui.2016.16.2.2
- Viveiros, A. S. P. (2021). *Competências parentais: prognóstico de mudança e reconhecimento das responsabilidades por parte dos prestadores de cuidados – A visão dos profissionais*. [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/99289>
- Wang, W., Song, T., Chen, S., Li, Y., & Li, Y. (2024). Work-family enrichment and parental burnout: the mediating effects of parenting sense of competence and parenting stress. *Current Psychology*, 43, 6966–6976. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04874-w>
- Zhu, X., Dou, D., & Karatzias, T. (2024). Editorial: Parental influence on child social and emotional functioning. *Human Developmental Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1392772>
- Zitzmann, J., Rombold-George, L., Rosenbach, C., & Renneberg, B. (2024). Emotion Regulation, Parenting, and Psychopathology: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27, 1–22. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00452-5>

## Anexos

### Anexo 1. Classificação Simplificada D2 \* Classificação Simplificada D4 – Recodificação da variável D2 e D4: Análise Descritiva

		Classificação Simplificada D4		Total
		Recurso	Dificuldade	
Classificação Simplificada D2	Recurso	5	27	32
		11.4%	61.4%	72.7%
	Dificuldade	0	12	12
		0.0%	27.3%	27.3%
Total		5	39	44
		11.4%	88.6%	100.0%

### Anexo 1.1. Classificação Simplificada D2 \* Classificação Simplificada D4 – Recodificação da variável D2 e D4: Teste Qui-Quadrado de Pearson

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	2.115 <sup>a</sup>	1	.146		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	.849	1	.357		
Razão de verossimilhança	3.419	1	.064		
Teste Exato de Fisher				.301	.185
Associação Linear por Linear	2.067	1	.150		
N de Casos Válidos	44				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,36.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Nota: D2 – Saúde e Desenvolvimento da Criança; D4 – Competências Parentais

### Anexo 2. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Competências Parentais: Análise Descritiva

		Competências Parentais (D4)				Total
		RP	RS	DS	DP	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	1	3	10	11	25
		2.3%	6.8%	22.7%	25.0%	56.8%
	RS	0	1	2	4	7
		0.0%	2.3%	4.5%	9.1%	15.9%
	DS	0	0	0	4	4
		0.0%	0.0%	0.0%	9.1%	9.1%
	DP	0	0	1	7	8
		0.0%	0.0%	2.3%	15.9%	18.2%
Total		1	4	13	26	44
		2.3%	9.1%	29.5%	59.1%	100.0%

**Anexo 2.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Competências Parentais: Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8.381 <sup>a</sup>	9	.496
Razão de verossimilhança	10.854	9	.286
Associação Linear por Linear	5.819	1	.016
N de Casos Válidos	44		

a. 14 células (87,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,09.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

**Anexo 3. Classificação Simplificada D2 \* Competências Parentais – Recodificação da variável D2: Análise Descritiva**

		Competências Parentais (D4)				
		RP	RS	DS	DP	Total
Classificação Simplificada D2	Recurso	1	4	12	15	32
		2.3%	9.1%	27.3%	34.1%	72.7%
	Dificuldade	0	0	1	11	12
		0.0%	0.0%	2.3%	25.0%	27.3%
Total		1	4	13	26	44
		2.3%	9.1%	29.5%	59.1%	100.0%

**Anexo 3.1. Classificação Simplificada D2 \* Competências Parentais – Recodificação da variável D2: Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	7.351 <sup>a</sup>	3	.062
Razão de verossimilhança	9.087	3	.028
Associação Linear por Linear	6.083	1	.014
N de Casos Válidos	44		

a. 5 células (62,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,27.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D2 – Saúde e Desenvolvimento da Criança

**Anexo 4. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Classificação Simplificada D4 – Recodificação da variável D4: Análise Descritiva**

		Classificação Simplificada D4		Total
		Recurso	Dificuldade	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	4	21	25
		9.1%	47.7%	56.8%
	RS	1	6	7
		2.3%	13.6%	15.9%
	DS	0	4	4
	0.0%	9.1%	9.1%	
	DP	0	8	8
		0.0%	18.2%	18.2%
Total		5	39	44
		11.4%	88.6%	100.0%

**Anexo 4.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Classificação Simplificada D4 – Recodificação da variável D4: Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	2.131 <sup>a</sup>	3	.546
Razão de verossimilhança	3.431	3	.330
Associação Linear por Linear	1.891	1	.169
N de Casos Válidos	44		

a. 5 células (62,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,45.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D4 – Competências Parentais

**Anexo 5. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Competências Parentais (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Análise Descritiva**

		Competências Parentais (D4)				Total
		RP	RS	DS	DP	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	1	1	6	8	16
		4.0%	4.0%	24.0%	32.0%	64.0%
	RS	0	0	1	2	3
		0.0%	0.0%	4.0%	8.0%	12.0%
	DS	0	0	0	1	1
	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	4.0%	
	DP	0	0	1	4	5
		0.0%	0.0%	4.0%	16.0%	20.0%
Total		1	1	8	15	25
		4.0%	4.0%	32.0%	60.0%	100.0%

**Anexo 5.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Competências Parentais (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	2.712 <sup>a</sup>	9	.975
Razão de verossimilhança	3.657	9	.932
Associação Linear por Linear	1.918	1	.166
N de Casos Válidos	25		

a. 14 células (87,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,04.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

**Anexo 6. Classificação Simplificada D2 \* Competências Parentais – Recodificação da variável D2 (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Análise Descritiva**

		Competências Parentais (D4)				
		RP	RS	DS	DP	Total
Classificação	Recurso	1	1	7	10	19
	Simplificada	4.0%	4.0%	28.0%	40.0%	76.0%
D2	Dificuldade	0	0	1	5	6
		0.0%	0.0%	4.0%	20.0%	24.0%
Total		1	1	8	15	25
		4.0%	4.0%	32.0%	60.0%	100.0%

**Anexo 6.1. Classificação Simplificada D2 \* Competências Parentais – Recodificação da variável D2 (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	1.928 <sup>a</sup>	3	.587
Razão de verossimilhança	2.430	3	.488
Associação Linear por Linear	1.661	1	.197
N de Casos Válidos	25		

a. 6 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,24.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D2 – Saúde e Desenvolvimento da Criança

**Anexo 7. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* ClassificaçãoSimplificadaD4 – Recodificação da variável D4 (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Análise Descritiva**

		ClassificaçãoSimplificadaD4		Total
		Recurso	Dificuldade	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	2	14	16
		8.0%	56.0%	64.0%
	RS	0	3	3
		0.0%	12.0%	12.0%
	DS	0	1	1
		0.0%	4.0%	4.0%
	DP	0	5	5
		0.0%	20.0%	20.0%
Total		2	23	25
		8.0%	92.0%	100.0%

**Anexo 7.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* ClassificaçãoSimplificadaD4 – Recodificação da variável D4 (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	1.223 <sup>a</sup>	3	.748
Razão de verossimilhança	1.882	3	.597
Associação Linear por Linear	.928	1	.336
N de Casos Válidos	25		

a. 7 células (87,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,08.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D4 – Competências Parentais

**Anexo 8. ClassificaçãoSimplificadaD2 \* ClassificaçãoSimplificadaD4 – Recodificação das variáveis D2 e D4 (Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Análise Descritiva**

		ClassificaçãoSimplificadaD4		Total
		Recurso	Dificuldade	
ClassificaçãoSimplificada D2	Recurso	3	10	13
		15.8%	52.6%	68.4%
	Dificuldade	0	6	6
		0.0%	31.6%	31.6%
Total		3	16	19
		15.8%	84.2%	100.0%

**Anexo 8.1. Classificação Simplificada D2 \* Classificação Simplificada D4 – Recodificação das variáveis D2 e D4 (Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1.644 <sup>a</sup>	1	.200		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	.367	1	.545		
Razão de verossimilhança	2.529	1	.112		
Teste Exato de Fisher				.517	.295
Associação Linear por Linear	1.558	1	.212		
N de Casos Válidos	19				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,95.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Nota: D2 – Saúde e Desenvolvimento da Criança; D4 – Competências Parentais

**Anexo 9. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Competências Parentais (Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Análise Descritiva**

		Competências Parentais (D4)			Total
		RS	DS	DP	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	2	4	3	9
		10.5%	21.1%	15.8%	47.4%
	RS	1	1	2	4
		5.3%	5.3%	10.5%	21.1%
	DS	0	0	3	3
		0.0%	0.0%	15.8%	15.8%
	DP	0	0	3	3
		0.0%	0.0%	15.8%	15.8%
Total		3	5	11	19
		15.8%	26.3%	57.9%	100.0%

**Anexo 9.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Competências Parentais (Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	6.922 <sup>a</sup>	6	.328
Razão de verossimilhança	9.036	6	.172
Associação Linear por Linear	4.515	1	.034
N de Casos Válidos	19		

a. 11 células (91,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,47.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

**Anexo 10. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* ClassificaçãoSimplificadaD4 – Recodificação da variável D4 (Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Análise Descritiva**

		ClassificaçãoSimplificadaD4		Total
		Recurso	Dificuldade	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	2	7	9
		10.5%	36.8%	47.4%
	RS	1	3	4
		5.3%	15.8%	21.1%
	DS	0	3	3
		0.0%	15.8%	15.8%
	DP	0	3	3
		0.0%	15.8%	15.8%
Total		3	16	19
		15.8%	84.2%	100.0%

**Anexo 10.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* ClassificaçãoSimplificadaD4 – Recodificação da variável D4 (Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	1.660 <sup>a</sup>	3	.646
Razão de verossimilhança	2.541	3	.468
Associação Linear por Linear	1.188	1	.276
N de Casos Válidos	19		

a. 7 células (87,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,47.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D4 – Competências Parentais

**Anexo 11. ClassificaçãoSimplificadaD5 \* ClassificaçãoSimplificadaD4 – Recodificação das variáveis D5 e D4: Análise Descritiva**

		ClassificaçãoSimplificadaD4		Total
		Recurso	Dificuldade	
ClassificaçãoSimplicada D5	Recurso	2	3	5
		4.5%	6.8%	11.4%
	Dificuldade	3	36	39
		6.8%	81.8%	88.6%
Total		5	39	44
		11.4%	88.6%	100.0%

**Anexo 11.1 Classificação Simplificada D5 \* Classificação Simplificada D4 – Recodificação das variáveis D5 e D4: Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	4.593 <sup>a</sup>	1	.032		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	1.945	1	.163		
Razão de verossimilhança	3.274	1	.070		
Teste Exato de Fisher				.091	.091
Associação Linear por Linear	4.488	1	.034		
N de Casos Válidos	44				

a. 3 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,57.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Nota: D5 – Controlo dos Impulsos; D4 – Competências Parentais

**Anexo 12. Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais: Análise Descritiva**

		Competências Parentais (D4)				Total
		RP	RS	DS	DP	
Controlo dos Impulsos (D5)	RP	1	1	1	0	3
		2.3%	2.3%	2.3%	0.0%	6.8%
	RS	0	0	1	1	2
		0.0%	0.0%	2.3%	2.3%	4.5%
	DS	0	3	10	1	14
	0.0%	6.8%	22.7%	2.3%	31.8%	
	DP	0	0	1	24	25
		0.0%	0.0%	2.3%	54.5%	56.8%
Total		1	4	13	26	44
		2.3%	9.1%	29.5%	59.1%	100.0%

**Anexo 12.1. Controlo dos Impulsos \* Competências Parentais: Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	48.494 <sup>a</sup>	9	.000
Razão de verossimilhança	46.797	9	.000
Associação Linear por Linear	24.087	1	.000
N de Casos Válidos	44		

a. 13 células (81,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,05.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

**Anexo 13. Classificação Simplificada D5 \* Competências Parentais – Recodificação da variável D5:****Análise Descritiva**

		Competências Parentais (D4)				Total
		RP	RS	DS	DP	
Classificação Simplificada D5	Recurso	1	1	2	1	5
		2.3%	2.3%	4.5%	2.3%	11.4%
	Dificuldade	0	3	11	25	39
		0.0%	6.8%	25.0%	56.8%	88.6%
Total		1	4	13	26	44
		2.3%	9.1%	29.5%	59.1%	100.0%

**Anexo 13.1. Classificação Simplificada D5 \* Competências Parentais – Recodificação da variável D5:****Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	10.206 <sup>a</sup>	3	.017
Razão de verossimilhança	7.018	3	.071
Associação Linear por Linear	7.111	1	.008
N de Casos Válidos	44		

a. 6 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,11.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D5 – Controlo dos Impulsos

**Anexo 14. Controlo dos Impulsos \* Classificação Simplificada D4 – Recodificação da variável D4:****Análise Descritiva**

		Classificação Simplificada D4		Total
		Recurso	Dificuldade	
Controlo dos Impulsos (D5)	RP	2	1	3
		4.5%	2.3%	6.8%
	RS	0	2	2
		0.0%	4.5%	4.5%
	DS	3	11	14
		6.8%	25.0%	31.8%
	DP	0	25	25
		0.0%	56.8%	56.8%
Total		5	39	44
		11.4%	88.6%	100.0%

**Anexo 14.1. Controlo dos Impulsos \* Classificação Simplificada D4 – Recodificação da variável D4: Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	13.979 <sup>a</sup>	3	.003
Razão de verossimilhança	12.789	3	.005
Associação Linear por Linear	10.527	1	.001
N de Casos Válidos	44		

a. 6 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,23.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D4 – Competências Parentais

**Anexo 15. Classificação Simplificada D5 \* Classificação Simplificada D4 – Recodificação das variáveis D5 e D4 (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Análise Descritiva**

		Classificação Simplificada D4		Total
		Recurso	Dificuldade	
Classificação Simplificada D5	Recurso	1	2	3
		4.0%	8.0%	12.0%
	Dificuldade	1	21	22
		4.0%	84.0%	88.0%
Total		2	23	25
		8.0%	92.0%	100.0%

**Anexo 15.1. Classificação Simplificada D5 \* Classificação Simplificada D4 – Recodificação das variáveis D5 e D4 (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	2.973 <sup>a</sup>	1	.085		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	.348	1	.555		
Razão de verossimilhança	1.983	1	.159		
Teste Exato de Fisher				.230	.230
Associação Linear por Linear	2.854	1	.091		
N de Casos Válidos	25				

a. 3 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,24.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D4 – Competências Parentais; D5 – Controlo dos Impulsos

**Anexo 16. Classificação Simplificada D5 \* Competências Parentais – Recodificação da variável D5**  
(Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Análise Descritiva

		Competências Parentais (D4)				Total
		RP	RS	DS	DP	
Classificação Simplificada D5	Recurso	1	0	1	1	3
		4.0%	0.0%	4.0%	4.0%	12.0%
	Dificuldade	0	1	7	14	22
		0.0%	4.0%	28.0%	56.0%	88.0%
Total		1	1	8	15	25
		4.0%	4.0%	32.0%	60.0%	100.0%

**Anexo 16.1. Classificação Simplificada D5 \* Competências Parentais – Recodificação da variável D5**  
(Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	7.876 <sup>a</sup>	3	.049
Razão de verossimilhança	4.970	3	.174
Associação Linear por Linear	3.801	1	.051
N de Casos Válidos	25		

a. 6 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,12.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D5 – Controlo dos Impulsos

**Anexo 17. Controlo dos Impulsos \* Classificação Simplificada D4– Recodificação da variável D4**  
(Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Análise Descritiva

		Classificação Simplificada D4		Total
		Recurso	Dificuldade	
Controlo dos Impulsos (D5)	RP	1	1	2
		4.0%	4.0%	8.0%
	RS	0	1	1
		0.0%	4.0%	4.0%
	DS	1	7	8
		4.0%	28.0%	32.0%
	DP	0	14	14
		0.0%	56.0%	56.0%
Total		2	23	25
		8.0%	92.0%	100.0%

**Anexo 17.1. Controlo dos Impulsos \* Classificação Simplificada D4 – Recodificação da variável D4 (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	6.318 <sup>a</sup>	3	.097
Razão de verossimilhança	5.138	3	.162
Associação Linear por Linear	4.884	1	.027
N de Casos Válidos	25		

a. 6 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,08.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D4 – Competências Parentais

**Anexo 18. Classificação Simplificada D5 \* Classificação Simplificada D4 – Recodificação das variáveis D5 e D4 (Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Análise Descritiva**

Classificação Simplificada D5	Classificação Simplificada D4	Total		
		Recurso	Dificuldade	Total
Recurso		1	1	2
		5.3%	5.3%	10.5%
Dificuldade		2	15	17
		10.5%	78.9%	89.5%
Total		3	16	19
		15.8%	84.2%	100.0%

**Anexo 18.1. Classificação Simplificada D5 \* Classificação Simplificada D4 – Recodificação das variáveis D5 e D4 (Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1.968 <sup>a</sup>	1	.161		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	.143	1	.706		
Razão de verossimilhança	1.486	1	.223		
Teste Exato de Fisher				.298	.298
Associação Linear por Linear	1.864	1	.172		
N de Casos Válidos	19				

a. 3 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,32.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Nota: D4 – Competências Parentais; D5 – Controlo dos Impulsos

**Anexo 19. ClassificaçãoSimplificadaD5 \* Competências Parentais – Recodificação da variável D5  
(Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Análise Descritiva**

		Competências Parentais (D4)			Total
		RS	DS	DP	
ClassificaçãoSimplificada D5	Recurso	1	1	0	2
		5.3%	5.3%	0.0%	10.5%
	Dificuldade	2	4	11	17
		10.5%	21.1%	57.9%	89.5%
Total		3	5	11	19
		15.8%	26.3%	57.9%	100.0%

**Anexo 19.1. ClassificaçãoSimplificadaD5 \* Competências Parentais – Recodificação da variável D5  
(Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	3.427 <sup>a</sup>	2	.180
Razão de verossimilhança	3.964	2	.138
Associação Linear por Linear	3.211	1	.073
N de Casos Válidos	19		

a. 5 células (83,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,32.

Nota: RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D5 – Controle dos Impulsos

**Anexo 20. Controle dos Impulsos \*ClassificaçãoSimplificadaD4– Recodificação da variável D4  
(Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Análise Descritiva**

		ClassificaçãoSimplificadaD4		Total
		Recurso	Dificuldade	
Controle dos Impulsos (D5)	RP	1	0	1
		5.3%	0.0%	5.3%
	RS	0	1	1
		0.0%	5.3%	5.3%
	DS	2	4	6
		10.5%	21.1%	31.6%
	DP	0	11	11
		0.0%	57.9%	57.9%
Total		3	16	19
		15.8%	84.2%	100.0%

**Anexo 20.1 Controlo dos Impulsos \*ClassificaçãoSimplificadaD4– Recodificação da variável D4 (Quando *Select Cases > idadecat > 2*): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8.972 <sup>a</sup>	3	.030
Razão de verossimilhança	8.936	3	.030
Associação Linear por Linear	6.006	1	.014
N de Casos Válidos	19		

a. 6 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,16.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D4 – Competências Parentais

**Anexo 21. ClassificaçãoSimplificadaD2 \* ClassificaçãoSimplificadaD5 – Recodificação das variáveis D2 e D5: Análise Descritiva**

		ClassificaçãoSimplificadaD5		Total
		Recurso	Dificuldade	
ClassificaçãoSimplificada D2	Recurso	5	28	33
		11.1%	62.2%	73.3%
	Dificuldade	0	12	12
		0.0%	26.7%	26.7%
Total		5	40	45
		11.1%	88.9%	100.0%

**Anexo 21.1. ClassificaçãoSimplificadaD2 \* ClassificaçãoSimplificadaD5 – Recodificação das variáveis D2 e D5: Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	2.045 <sup>a</sup>	1	.153		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	.799	1	.371		
Razão de verossimilhança	3.323	1	.068		
Teste Exato de Fisher				.303	.194
Associação Linear por Linear	2.000	1	.157		
N de Casos Válidos	45				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,33.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D2 – Saúde e Desenvolvimento da Criança; D5 – Controlo dos Impulsos

**Anexo 22. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Controle dos Impulsos: Análise Descritiva**

		Controle dos Impulsos (D5)				Total
		RP	RS	DS	DP	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	1	1	12	12	26
		2.2%	2.2%	26.7%	26.7%	57.8%
	RS	2	1	1	3	7
		4.4%	2.2%	2.2%	6.7%	15.6%
	DS	0	0	0	4	4
		0.0%	0.0%	0.0%	8.9%	8.9%
	DP	0	0	1	7	8
		0.0%	0.0%	2.2%	15.6%	17.8%
Total		3	2	14	26	45
		6.7%	4.4%	31.1%	57.8%	100.0%

**Anexo 22.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Controle dos Impulsos: Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	16.226 <sup>a</sup>	9	.062
Razão de verossimilhança	15.868	9	.070
Associação Linear por Linear	2.849	1	.091
N de Casos Válidos	45		

a. 14 células (87,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,18.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

**Anexo 23. Classificação Simplificada D2 \* Controle dos Impulsos – Recodificação da variável D2: Análise Descritiva**

		Controle dos Impulsos (D5)				Total
		RP	RS	DS	DP	
Classificação Simplificada D2	Recurso	3	2	13	15	33
		6.7%	4.4%	28.9%	33.3%	73.3%
	Dificuldade	0	0	1	11	12
		0.0%	0.0%	2.2%	24.4%	26.7%
Total		3	2	14	26	45
		6.7%	4.4%	31.1%	57.8%	100.0%

**Anexo 23.1. Classificação Simplificada D2 \* Controle dos Impulsos – Recodificação da variável D2: Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	7.800 <sup>a</sup>	3	.050
Razão de verossimilhança	9.562	3	.023
Associação Linear por Linear	5.860	1	.015
N de Casos Válidos	45		

a. 5 células (62,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,53.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D2 – Saúde e Desenvolvimento da Criança

**Anexo 24. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Classificação Simplificada D5 – Recodificação da variável D5: Análise Descritiva**

		Classificação Simplificada D5		Total
		Recurso	Dificuldade	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	2	24	26
		4.4%	53.3%	57.8%
	RS	3	4	7
		6.7%	8.9%	15.6%
	DS	0	4	4
	0.0%	8.9%	8.9%	
	DP	0	8	8
		0.0%	17.8%	17.8%
Total		5	40	45
		11.1%	88.9%	100.0%

**Anexo 24.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Classificação Simplificada D5 – Recodificação da variável D5: Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8.951 <sup>a</sup>	3	.030
Razão de verossimilhança	7.732	3	.052
Associação Linear por Linear	.288	1	.592
N de Casos Válidos	45		

a. 5 células (62,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,44.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D5 – Competências Parentais

**Anexo 25. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Controlo dos Impulsos (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Análise Descritiva**

		Controlo dos Impulsos (D5)				Total
		RP	RS	DS	DP	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	1	1	7	8	17
		3.8%	3.8%	26.9%	30.8%	65.4%
	RS	1	0	0	2	3
		3.8%	0.0%	0.0%	7.7%	11.5%
	DS	0	0	0	1	1
		0.0%	0.0%	0.0%	3.8%	3.8%
	DP	0	0	1	4	5
		0.0%	0.0%	3.8%	15.4%	19.2%
Total		2	1	8	15	26
		7.7%	3.8%	30.8%	57.7%	100.0%

**Anexo 25.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Controlo dos Impulsos (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	6.762 <sup>a</sup>	9	.662
Razão de verossimilhança	7.497	9	.585
Associação Linear por Linear	1.348	1	.246
N de Casos Válidos	26		

a. 14 células (87,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,04.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

**Anexo 26. ClassificaçãoSimplificadaD2 \* Controlo dos Impulsos – Recodificação da variável D2 (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Análise Descritiva**

		Controlo dos Impulsos (D5)				Total
		RP	RS	DS	DP	
ClassificaçãoSimplificada D2	Recurso	2	1	7	10	20
		7.7%	3.8%	26.9%	38.5%	76.9%
	Dificuldade	0	0	1	5	6
		0.0%	0.0%	3.8%	19.2%	23.1%
Total		2	1	8	15	26
		7.7%	3.8%	30.8%	57.7%	100.0%

**Anexo 26.1. Classificação Simplificada D2 \* Controlo dos Impulsos – Recodificação da variável D2 (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	2.293 <sup>a</sup>	3	.514
Razão de verossimilhança	2.967	3	.397
Associação Linear por Linear	1.948	1	.163
N de Casos Válidos	26		

a. 6 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,23.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D2 – Saúde e Desenvolvimento da Criança

**Anexo 27. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Classificação Simplificada D5– Recodificação da variável D5 (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Análise Descritiva**

		Classificação Simplificada D5		Total
		Recurso	Dificuldade	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	2	15	17
		7.7%	57.7%	65.4%
	RS	1	2	3
		3.8%	7.7%	11.5%
	DS	0	1	1
	0.0%	3.8%	3.8%	
	DP	0	5	5
		0.0%	19.2%	19.2%
Total		3	23	26
		11.5%	88.5%	100.0%

**Anexo 27.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Classificação Simplificada D5– Recodificação da variável D5 (Quando *Select Cases* > idadecat ≤ 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	2.180 <sup>a</sup>	3	.536
Razão de verossimilhança	2.462	3	.482
Associação Linear por Linear	.440	1	.507
N de Casos Válidos	26		

a. 7 células (87,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,12.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D5 – Controlo dos Impulsos

**Anexo 28. Classificação Simplificada D2 \* Classificação Simplificada D5 – Recodificação das variáveis D2 e D5 (Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Análise Descritiva**

		Classificação Simplificada D5		Total
		Recurso	Dificuldade	
Classificação Simplificada D2	Recurso	2	11	13
		10.5%	57.9%	68.4%
	Dificuldade	0	6	6
		0.0%	31.6%	31.6%
Total		2	17	19
		10.5%	89.5%	100.0%

**Anexo 28.1. Classificação Simplificada D2 \* Classificação Simplificada D5 – Recodificação das variáveis D2 e D5 (Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1.032 <sup>a</sup>	1	.310		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	.045	1	.832		
Razão de verossimilhança	1.624	1	.202		
Teste Exato de Fisher				1.000	.456
Associação Linear por Linear	.977	1	.323		
N de Casos Válidos	19				

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,63.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D2 – Saúde e Desenvolvimento da Criança; D5 – Controle dos Impulsos

**Anexo 29. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Controle dos Impulsos (Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Análise Descritiva**

		Controle dos Impulsos (D5)				Total
		RP	RS	DS	DP	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	0	0	5	4	9
		0.0%	0.0%	26.3%	21.1%	47.4%
	RS	1	1	1	1	4
		5.3%	5.3%	5.3%	5.3%	21.1%
	DS	0	0	0	3	3
		0.0%	0.0%	0.0%	15.8%	15.8%
	DP	0	0	0	3	3
		0.0%	0.0%	0.0%	15.8%	15.8%
Total		1	1	6	11	19
		5.3%	5.3%	31.6%	57.9%	100.0%

**Anexo 29.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Controlo dos Impulsos (Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	13.954 <sup>a</sup>	9	.124
Razão de verossimilhança	14.178	9	.116
Associação Linear por Linear	1.484	1	.223
N de Casos Válidos	19		

a. 15 células (93,8%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,16.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

**Anexo 30. ClassificaçãoSimplificadaD2 \* Controlo dos Impulsos (Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Análise Descritiva**

		Controlo dos Impulsos (D5)				Total
		RP	RS	DS	DP	
ClassificaçãoSimplificada D2	Recurso	1	1	6	5	13
		5.3%	5.3%	31.6%	26.3%	68.4%
	Dificuldade	0	0	0	6	6
		0.0%	0.0%	0.0%	31.6%	31.6%
Total		1	1	6	11	19
		5.3%	5.3%	31.6%	57.9%	100.0%

**Anexo 30.1. ClassificaçãoSimplificadaD2 \* Controlo dos Impulsos (Quando *Select Cases* > idadecat > 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	6.378 <sup>a</sup>	3	.095
Razão de verossimilhança	8.541	3	.036
Associação Linear por Linear	4.188	1	.041
N de Casos Válidos	19		

a. 7 células (87,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,32.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal; D2 – Saúde e Desenvolvimento da Criança

**Anexo 31. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Controlo dos Impulsos (Quando *Select cases* > idadecat ≤ 2 AND Controlo dos Impulsos ≥ 2): Análise Descritiva**

		Controlo dos Impulsos (D5)		Total
		DS	DP	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	7	8	15
		30.4%	34.8%	65.2%
	RS	0	2	2
		0.0%	8.7%	8.7%
	DS	0	1	1
	0.0%	4.3%	4.3%	
	DP	1	4	5
		4.3%	17.4%	21.7%
Total		8	15	23
		34.8%	65.2%	100.0%

**Anexo 31.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Controlo dos Impulsos (Quando *Select cases* > idadecat ≤ 2 AND Controlo dos Impulsos ≥ 2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	3.016 <sup>a</sup>	3	.389
Razão de verossimilhança	3.988	3	.263
Associação Linear por Linear	1.555	1	.212
N de Casos Válidos	23		

a. 6 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,35.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal

**Anexo 32. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Controlo dos Impulsos (Quando *Select cases* > idadecat > 2 AND Controlo dos Impulsos ≥ 2): Análise Descritiva**

		Controlo dos Impulsos (D5)		Total
		DS	DP	
Saúde e Desenvolvimento da Criança (D2)	RP	5	4	9
		29.4%	23.5%	52.9%
	RS	1	1	2
		5.9%	5.9%	11.8%
	DS	0	3	3
	0.0%	17.6%	17.6%	
	DP	0	3	3
		0.0%	17.6%	17.6%
Total		6	11	17
		35.3%	64.7%	100.0%

**Anexo 32.1. Saúde e Desenvolvimento da Criança \* Controle dos Impulsos (Quando *Select cases* > idadecat > 2 AND Controle dos Impulsos  $\geq$  2): Teste Qui-Quadrado de Pearson**

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	5.080 <sup>a</sup>	3	.166
Razão de verossimilhança	6.937	3	.074
Associação Linear por Linear	4.293	1	.038
N de Casos Válidos	17		

a. 7 células (87,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,71.

Nota: RP – Recurso Principal; RS – Recurso Secundário; DS – Dificuldade Secundária; DP – Dificuldade Principal