

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Uma Revisão sobre o Envolvimento Parental na
Intervenção com Crianças e Adolescentes:
Como Promover?**

Laura Sofia Ribeiro Correia

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e
Integrativa**

2022

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Uma Revisão sobre o Envolvimento Parental na
Intervenção com Crianças e Adolescentes:
Como Promover?**

Laura Sofia Ribeiro Correia

Dissertação orientada pela Professora e Investigadora Doutora Isabel Sá

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e
Integrativa**

2022

Agradecimentos

No momento em que atinjo a meta deste tão desejado percurso, é indispensável expressar tamanha gratidão. A mim própria, pelo esforço e persistência ao longo destes cinco anos, e, como seres sociais que somos, a todos os que me permitiram chegar até aqui.

Primeiramente, quero agradecer à minha orientadora, Professora e Investigadora, Doutora Isabel Sá, pelo constante auxílio, pelos elogios e críticas nos momentos certos e, especialmente, por conseguir tranquilizar-me nos momentos mais desafiantes desta fase. Não esquecendo todos os docentes e colegas da FPUL, que a vida me deu oportunidade de cruzar, um obrigada por, cada um à sua maneira, ter contribuído para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Obrigada a esta casa, que levarei comigo e perpetuarei o resto da vida. E um especial obrigada à cidade de Lisboa, capital do meu país, que será sempre a minha segunda casa.

À minha família, um apoio fundamental do qual tenho a sorte de poder recorrer. À minha mãe Lucy, ao meu pai Eusébio, ao meu mano, à minha Mati. Agradeço a força e a paciência que tiveram; o amor, o conforto e o colo que sempre me deram. Sem vocês nada disto seria possível.

Ao amor de uma vida, o meu João. Chegaste a meio deste percurso, mas inspiraste-me como ninguém. Obrigada por seres o meu porto de abrigo, obrigada por me fazeres feliz e extraíres o melhor de mim.

Obrigado à minha parceira Sofia. A minha pequena Algarvia, a minha outra metade continental, que levo para a vida. Porque amigo não precisa estar, amigo precisa ser, agradeço-te por seres sempre presente.

A todos os meus amigos: de infância, aos mais recentes, aos tantos primos que são amigos de verdade. Por todos os momentos de loucura e alegria, obrigada por serem uma fonte de energia.

Sem esquecer de agradecer aos meus alicerces continentais, os familiares da Costa e às primas de Moninhos. Agora de regresso à nossa ilha, espero por vós.

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumo | 5 |
| Abstract | 6 |
| Introdução | 7 |
| <i>Envolvimento Parental</i> | 7 |
| <i>Fatores/Obstáculos associados ao Envolvimento Parental</i> | 9 |
| <i>Resistência</i> | 10 |
| <i>Relevância/Pertinência do Problema</i> | 11 |
| <i>Revisão Sistemática de Literatura</i> | 13 |
| Objetivos | 15 |
| <i>Questão de Investigação</i> | 15 |
| <i>Objetivos de Investigação</i> | 15 |
| Método | 15 |
| <i>Metodologia de pesquisa</i> | 16 |
| <i>Critérios de Elegibilidade</i> | 16 |
| <i>Codificação dos estudos</i> | 17 |
| Resultados | 17 |
| <i>Estudos excluídos</i> | 18 |
| <i>Caracterização dos estudos incluídos</i> | 20 |
| <i>Descrição detalhada dos estudos incluídos</i> | 22 |
| Discussão | 31 |
| Implicações | 43 |
| <i>Implicações Clínicas</i> | 43 |
| <i>Implicações Culturais</i> | 44 |
| Limitações e Sugestões futuras | 45 |
| Conclusão | 48 |
| Referências Bibliográficas | 51 |
| Lista de Apêndices | 55 |

Resumo

O envolvimento parental é essencial na intervenção psicológica com crianças e adolescentes, porém, as taxas de procura e adesão são preocupantes e a literatura incidente sobre os possíveis métodos que promovem esse envolvimento, é dispersa. Assim, a presente revisão sistemática teve como objetivo conhecer as estratégias que estão e podem ser utilizadas para promover o envolvimento dos pais e compreender a evolução do estudo nesta área. Sob a orientação do PRISMA, foram utilizadas três bases de dados científicas (*ESBCO*, *PubMed* e *Web Of Science*) para o processo de análise e seleção de publicações, desde Janeiro de 2010 a Maio de 2022. No total, foram incluídos 17 artigos. As estratégias mais utilizadas foram: “psicoeducação”, “abordar/resolver barreiras”, “explorar e validar preocupações e experiências anteriores” e, mais recentemente, as ACE’s (“aliança, colaboração, empoderamento”), com indicação da sua eficácia. Houve um avanço gradual na área, até à criação do sistema de codificação observacional de ACE’s (Haine-Schlagel & Martinez, 2014), que parece vir a condicionar a exploração de outras técnicas igualmente promocionais do envolvimento parental. Além do conhecimento sobre as estratégias utilizadas para incentivar a participação dos pais, esta revisão foi fundamental para reunir os estudos na área da terapia infantil e compreender o que já foi feito e o que está por fazer, a fim de promover o envolvimento dos pais. Deste modo, o estudo encontrou implicações clínicas e culturais na área e, no fim, apresenta limitações e sugestões para estudos futuros.

Palavras-chave: envolvimento parental; participação dos pais; intervenção psicológica; crianças e adolescentes; estratégias; revisão sistemática.

Abstract

Parental engagement is essential in psychological intervention with children and adolescents, however, the rates of demand and adherence are worrying and the literature on methods that promote this involvement is dispersed. Thus, the present systematic review aimed to identify the strategies that are being used to promote parental involvement and understand the evolution of the study in this area. Under the guidance of PRISMA, three scientific databases (ESBCO, PubMed and Web Of Science) were used for the analysis and selection of publications, from January 2010 to May 2022. In total, the review included 17 articles. The most used strategies were: "psychoeducation", "address/solve barriers", "explore and validate worries and previous experiences" and, more recently, ACE's ("alliance, collaboration, empowerment"), with an indication of their effectiveness. There was a gradual advance in the area, until the creation of the observational coding system of ACE's (Haine-Schlagel & Martinez, 2014), which seems to limit the exploration of promotional techniques of parental involvement. In addition to the knowledge about the strategies used to encourage parental participation, this review was essential to bring together studies in the area of child therapy and understand what has already been done and what is still to be done, in order to promote parental engagement. Thus, this study found clinical and cultural implications in the area and, at the end, presents limitations and suggestions for future studies.

Keywords: parental engagement; parental participation; psychological intervention; children and adolescents; strategies; systematic review.

Introdução

Envolvimento Parental

Existem várias definições e perspectivas teóricas do conceito de envolvimento parental. Nock e Ferriter (2005) definem o envolvimento dos pais pela comparência consistente ao processo terapêutico, participação ativa nas sessões e adesão às recomendações da intervenção. Em 2014, King e colegas, caracterizam o envolvimento como “um estado multifacetado caracterizado por envolvimento afetivo, cognitivo e comportamental” na sessão de intervenção. Os autores diferenciam o envolvimento afetivo - referente ao investimento emocional no processo terapêutico e com o terapeuta (por exemplo, atitude otimista, receptividade, confiança no processo e no terapeuta); o envolvimento cognitivo - referente a crenças sobre a necessidade e eficácia da intervenção (por exemplo, comprometimento, disposição em investir esforços, crença da utilidade e relevância da terapia para os resultados desejados); e o envolvimento comportamental - referente a comportamentos que indicam participação ativa na sessão (por exemplo, colaboração na tomada de decisão, identificação de problemas e estabelecimento de objetivos) e a crenças sobre a autoeficácia para realizar uma intervenção estipulada pelo terapeuta, considerando que o envolvimento parental pode igualmente ocorrer fora da sessão (D’Arrigo et al., 2018).

No mesmo ano, Lindsey et al. (2014) definiram operacionalmente o envolvimento parental, como a frequência às sessões, a participação na intervenção, a aliança terapêutica e a retenção ou desgaste do processo terapêutico (Elvins e Green 2008; Gopalan et al. 2010; Ingoldsby 2010; Snell-Johns et al. 2004; Staudt 2007, citado por Lindsey et al., 2014), apresentando-o como um conceito multidimensional. A nível conceptual, incluem as dimensões atitudinais – referentes ao “investimento emocional e compromisso com” o processo terapêutico (Staudt 2007, p. 185); e as dimensões comportamentais - referentes ao "desempenho do cliente nas tarefas que são necessárias para implementar o tratamento e, em última instância, atingir os resultados" (Staudt 2007, p. 185). Dão como exemplo de estratégias com foco atitudinal, o diálogo sobre a mudança ou a definição de expectativas sobre o processo terapêutico, com o objetivo de influenciar as cognições relativas à relevância da intervenção; e foco comportamental, a punição associada às faltas, a conclusão de trabalhos em sessão e a entrega de trabalhos para casa. Abordaram também as dimensões de acesso, isto é, fatores que influenciam o

acesso à intervenção, os quais visam a frequência ou adesão (por exemplo, lembretes de consultas e avaliação de barreiras ao processo terapêutico) (Donohue et al. 1998; Kazdin et al. 1997; Kazdin e Wassell 1999; Kourany et al. 1990; Watt et al. 2007, citado por Lindsey et al., 2014), assim como, dimensões de socialização, que concebem apoio e consideração pelas oportunidades e desafios vivenciados entre as famílias que se apresentam aos serviços de saúde mental (por exemplo, criação de interações entre grupos/pares ou redes de suporte) (Chacko et al. 2009; Cunningham et al. 1995; Fabiano et al. 2009; McKay et al. 2011, citado por Lindsey et al., 2014).

O envolvimento parental, em termos de participação, segundo Haine-Schlagel e Walsh (2015), manifesta-se pela partilha de opiniões, questionamento e fornecimento da sua perspectiva sobre um problema ou solução, a participação em atividades terapêuticas, como jogos e *role-play's*, o acompanhamento de planos fora da sessão (por exemplo, aumentar o reforço de comportamentos positivos), servindo como co-terapeutas (por exemplo, praticar a “troca de vez” nos jogos em casa) e/ou apoiar os esforços sobre a mudança de comportamento da criança (por exemplo, fornecer lembretes para a criança usar estratégias de *coping*) (Hoagwood, 2005; Karver et al., 2005, cit. por Haine-Schlagel & Walsh, 2015). Em alternativa, Nock e Ferriter (2005) definem o envolvimento dos pais em termos de frequência e adesão à terapia. A frequência refere-se à dedicação dos participantes (sejam pais, filhos, família, etc.) ao ambiente de intervenção, sendo considerada sob a gestão dos pais, na terapia infantil. Inclui diferentes aspetos, uma variável contínua - continuação do processo terapêutico - relativa ao número de sessões frequentadas por um cliente. E, por outro lado, variáveis dicotômicas - término precoce e o desgaste - que compreendem o encerramento do processo antes deste ser concluído pelo terapeuta (Nock & Ferriter, 2005). A adesão dos pais é o “envolvimento ativo, voluntário e colaborativo do paciente num curso de comportamento mutuamente aceitável para produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado” (Meichenbaum & Turk, 1987, p. 20, cit. por Nock & Ferriter, 2005). Esta é medida pela quantidade e a qualidade dos comportamentos terapêuticos realizados pelos pais nas sessões (por exemplo, declarações afirmativas/colaborativas, envolvimento em *role-play's*, etc.) ou entre as sessões (por exemplo, conclusão dos trabalhos de casa, aplicação de competências de disciplina parental, etc. (Nock & Ferriter, 2005).

Segundo Bamberger et al. (2014), o envolvimento deve ser encarado como uma construção dinâmica que varia, de maneiras complexas, no decurso da terapia. Uma vez

que, numa perspectiva de intervenção preventiva, Coatsworth e seus colegas (2006, cit. por Bamberger et al., 2014), descobriram que as várias dimensões de envolvimento, incluindo a aliança terapêutica, o nível de liderança dos participantes nas intervenções e os relacionamentos dos participantes com membros do grupo e prestadores de serviços, mudam ao longo do tempo. Por exemplo, o envolvimento pode ter tendência a aumentar com o tempo, à medida que os participantes se tornam mais familiarizados com as pessoas e o contexto, vivenciam interações positivas e ganham confiança na relevância e qualidade do processo e conteúdo terapêutico. Por outro lado, o envolvimento pode diminuir com o tempo, à medida que o conteúdo se torna repetitivo, irrelevante ou difícil. A meio termo, o envolvimento pode também oscilar ao longo do tempo, dependendo da relevância pessoal de determinado conteúdo e/ou de mudanças pessoais e níveis de *stress* circunstanciais.

Fatores/Obstáculos associados ao Envolvimento Parental

Existem alguns fatores que interferem no envolvimento dos pais e da família. Ingoldsby (2010), refere-se ao desafio com que nos deparamos ao manter as famílias ativamente envolvidas nos serviços, uma vez que, mesmo quando motivadas inicialmente na procura, são suscetíveis a uma variedade de experiências que podem interferir no processo e prejudicar o seu envolvimento. Na mesma linha de pensamento, Haine-Schlagel e Walsh (2015) confirmam, segundo alguns estudos, que há carência de envolvimento parental no processo terapêutico e que os pais enfrentam desafios para participar ativamente no mesmo (Baker-Ericzén et al., 2013; Haine-Schlagel et al., 2011; Ericzen et al., 2013), por exemplo, sentem-se culpados, julgados, não ouvidos pelos terapeutas e insatisfeitos com os serviços de saúde mental.

Nock e Kazdin (2001) deram a conhecer obstáculos correspondentes às atitudes dos pais, que interferem no seu envolvimento e utilização de serviços de saúde mental. Descobriram que os pais com maiores expectativas em relação à terapia infantil percecionavam menos barreiras à intervenção; enquanto os pais com baixas expectativas e crenças negativas sobre o processo terapêutico, relataram significativamente mais barreiras para a sua participação. Além das crenças e expectativas, também as atitudes dos pais – sobre os serviços e os profissionais - podem influenciar a sua decisão na procura de cuidados de saúde mental para o seu filho, mas também o seu interesse em se envolver no sistema de saúde mental. O envolvimento das famílias depende também da

recetividade dos pais e das suas experiências anteriores com o sistema de saúde mental. McKay e Bannon (2004), referem a influência de obstáculos concretos (como a falta de tempo e a falta de transporte), obstáculos contextuais (por exemplo, violência comunitária) e obstáculos de logística (por exemplo, o tempo da lista de espera). Do mesmo modo, D'Arrigo et al. (2018), referem outras questões práticas externas que têm impacto sobre o envolvimento dos pais, e que não estão relacionados ao terapeuta ou à intervenção: falta de transporte (McKay & Bannon, 2004; Staudt, 2007); conflitos no trabalho (Staudt, 2007); estar cansado ou oprimido (Staudt, 2007); e/ou questões familiares (Hock et al., 2015).

No que concerne ao envolvimento em programas de saúde mental, Ingoldsby (2010), apresenta obstáculos práticos (por exemplo, exigências de tempo e conflitos de horários, altos custos, falta de transporte e falta de apoio para o cuidado das crianças); questões relacionadas à abordagem do programa (por exemplo, objetivos e atividades em desconformidade com as necessidades das famílias, baixo benefício e relevância percebidos), aos prestadores de serviço do programa (por exemplo, percebidos como julgadores ou não empáticos) e ao contexto do programa (por exemplo, poucos programas em bairros de baixos recursos).

Resistência

Em sentido oposto ao conceito de envolvimento, encontramos o conceito de resistência, que é definida como qualquer comportamento do cliente que indique oposição ao terapeuta, ao processo terapêutico ou à agenda da sessão (Silveira, 2009). São identificados cinco determinantes de comportamentos de resistência: os aspetos do processo terapêutico; baixa motivação do cliente para se envolver na terapia; curto período para treino das competências solicitadas pelo terapeuta; conflito entre as novas competências com o repertório atual do cliente; e a complexidade das competências solicitadas pelo terapeuta (CAUTILLI & SANTILLI-CONNOR, 2000, citado por Silveira, 2009). De acordo com Patterson e Chamberlain (1994), quando a população-alvo abrange pais, a resistência percebida nas primeiras sessões é influenciada por vários fatores, como: historial negativo da família na gestão de comportamentos; traços de personalidade como depressão e personalidade antissocial; e variáveis contextuais, como desvantagem socioeconómica (Silveira, 2009).

Relevância/Pertinência do Problema

O envolvimento parental no processo terapêutico dos seus filhos é essencial para alcançar resultados bem-sucedidos, sendo que as crianças têm melhores resultados quando os pais estão ativamente envolvidos (Nock & Kazdin, 2005). De igual forma, o próprio envolvimento das crianças na terapia, depende do compromisso e envolvimento dos pais (D'Arrigo et al., 2018).

Segundo Nock e Ferriter (2005), as taxas de procura, frequência e adesão à terapia de crianças e adolescentes são motivo de grande preocupação. Apenas um terço das crianças e famílias que necessitam de apoio de serviços mentais efetivamente usufruem de intervenção (Leaf et al., 1996; US Congress Office of Technology Assessment, 1991, citado por Nock & Ferriter, 2005), e aproximadamente metade das famílias que recebem os serviços, terminam o processo prematuramente (Armbruster & Kazdin, 1994; Farley, Peterson & Spanos, 1975; Gould, Shaffer & Kaplan, 1985; Harpaz-Rotem, Leslie & Rosenheck, 2004; Wierzbicki & Pekarik, 1993; Weisz, Weiss, & Langmeyer, 1987, citado por Nock & Ferriter, 2005). A disparidade entre a necessidade e o uso de serviços de saúde mental, deve-se, em grande parte, à dificuldade em envolver as famílias na intervenção (Lindsey et al., 2014).

Não obstante, relativamente pouca pesquisa tem se focado nesta questão, e até dada altura, apenas 1 a 2% dos estudos que se ocuparam da análise da participação na terapia abordaram a população infantojuvenil (Baekeland & Lundwall, 1975; Pekarik & Stephenson, 1988, citado por Nock & Ferriter, 2005). A explicação para a falta de avanço científico na área, advém das diversas complexidades associadas a conceptualizar, de forma clara, a participação e o envolvimento na terapia com crianças e adolescentes e as intervenções relacionadas (Lindsey et al., 2014; Nock & Ferriter, 2005).

Para esta complexidade, os autores Nock e Ferriter (2005), deram um exemplo, comparando as terapias de adultos, onde o cliente é o único responsável pela frequência e adesão ao processo terapêutico, com as terapias de crianças e adolescentes, nas quais os pais têm a responsabilidade primária de gerir a participação de todos, monitorizando e aplicando consequências para a adesão, tanto dentro da sessão como fora, e promover o envolvimento em certos comportamentos (por exemplo, aquisição de habilidades, exposição comportamental, automonitorização e práticas parentais específicas) a fim de causar mudanças - aliás, as crianças não conseguem comparecer à terapia sem a ajuda dos pais (por exemplo, pelo consentimento, transporte e pagamento). O envolvimento

dos pais é, assim, fortemente recomendado em terapia com crianças mais novas (Hirshfeld-Becker & Biederman 2002; Pincus et al. 2005; Suveg et al. 2006, cit. por Nock & Ferriter, 2005), uma vez que os cuidadores são o principal agente de mudança da criança, têm uma influência mais forte no comportamento dos filhos e são mais propensos a tomar decisões exclusivamente em relação ao seu atendimento às sessões (D'Arrigo et al., 2018).

Além disso, sem o envolvimento dos pais, é menos provável que as mudanças terapêuticas alcançadas nas sessões sejam generalizadas para o ambiente doméstico (Karver et al., 2006, citado por Haine-Schlagel & Walsh, 2015). É constatado que o envolvimento dos pais facilita a transferência de conhecimentos e competências do terapeuta para os pais e destes para os filhos, sendo que, quando bem-sucedido, as mudanças nos pais continuam a ter efeitos positivos após o término da terapia (Haine-Schlagel e Walsh, 2015).

Em 2010, Ingoldsby afirma que, entre 20% a 80% das famílias desistem prematuramente, muitas recebendo menos da metade da intervenção prescrita. Explica ainda, que as consequências da baixa participação nos serviços são significativas: os benefícios de saúde pública são diluídos e as frequentes não comparências e cancelamentos são dispendiosos para os prestadores de serviços (Kazdin 1996; Spoth & Redmond 2000, citado por Ingoldsby, 2010).

Os esforços para melhorar o envolvimento e a participação dos pais podem ser um fator importante para melhorar a qualidade e eficácia da intervenção psicológica infantil e familiar (Haine-Schlagel & Walsh, 2015). Segundo estes autores, algumas metanálises efetuadas demonstraram melhorias consistentes nos resultados da criança, quando os pais estão envolvidos no processo de intervenção de qualquer tipo de perturbação infantil (Dowell & Ogles, 2010; Karver et al., 2006, cit. por Haine-Schlagel & Walsh, 2015); estratégias de intervenção focadas nos pais (e, portanto, com atenção à participação dos mesmos) são uma característica dos tratamentos baseados em evidências para crianças em várias perturbações, incluindo comportamentos disruptivos (Eyberg et al., 2008), perturbação de hiperatividade e deficit de atenção (Evans et al., 2014), depressão (David-Ferdon & Kaslow, 2008), ansiedade (Silverman, Pina & Viswesvaran, 2008) e perturbações alimentares (Keel & Haedt, 2008).

Revisão Sistemática de Literatura

A revisão sistemática de literatura neste âmbito da terapia infantil, surgiu pelo facto de ser difícil fazer um estudo com pais, jovens e terapeutas em presente acompanhamento e pela dificuldade em medir o envolvimento parental. Os indicadores de envolvimento, como taxas de comparência e abandono, basearam-se na medição de aspetos comportamentais, mas dificilmente conseguem captar as perspetivas relacionais, emocionais e cognitivas do conceito (King et al., 2014).

Haine-Schlagel e Walsh (2015) realizaram uma revisão sobre o envolvimento da participação dos pais no processo terapêutico com crianças e famílias. Este estudo retrata adequadamente o envolvimento parental, ao nível da participação (dentro e fora da sessão), abrangendo as cognições associadas ao envolvimento e as estratégias para melhorar o mesmo. No entanto, não se foca nem explica as estratégias, somente identifica e ressalta as associações entre as estratégias para melhorar o envolvimento e os resultados correspondentes, isto é, explicitou quais as estratégias (descritas em Lindsey et al., 2013) levaram a resultados significativos no envolvimento dos pais. De modo geral, a referida revisão evidencia algumas lacunas existentes nesta área, que se encontram ao nível das estratégias para promover o envolvimento parental, e sugere a combinação de estratégias eficazes com foco não apenas no envolvimento de participação, como no envolvimento de comparência. A presente revisão aparece neste sentido, com o propósito de preencher essas lacunas, pretende incluir um conceito de envolvimento mais abrangente, tanto ao nível da participação, como da adesão e frequência dos pais na intervenção dos filhos, e procura compreender as estratégias que têm vindo a ser utilizadas para o aumento do envolvimento parental, nas diferentes fases do processo (nos estágios de procura de apoio, estágios iniciais e ao longo do processo terapêutico).

A revisão de Ingoldsby (2010), direcionada para o envolvimento ao nível da participação e frequência às sessões, foi utilizada como ponto de partida para esta revisão sistemática, uma vez que faz um breve e adequado resumo sobre algumas intervenções com o objetivo de aumentar o envolvimento e a manutenção da família em programas de saúde mental de crianças e pais. Este artigo foca-se no envolvimento de todos os membros da família em programas de saúde mental nos contextos de clínicas ambulatoriais, programas de prevenção e visitas domiciliárias (o que torna difícil a generalização dos resultados para outras populações) e avaliou ensaios clínicos randomizados controlados (*RCT*), publicados desde 1980, para melhorar o

envolvimento familiar – isto é, reuniu as estratégias anteriormente testadas para melhorar o envolvimento e retenção da família e identificou quais as que obtiveram ou não, resultados significativos na prática. A presente revisão visa focar-se mais na promoção do envolvimento na intervenção com crianças e adolescentes, seja a nível parental ou familiar – que detém uma motivação diferente dos contextos de programas de prevenção e visitas domiciliárias - e quer servir como um desenvolvimento ou extensão desta revisão, ou seja, após estas estratégias testadas e identificadas até 2010, descrever as estratégias que têm sido utilizadas para aumentar o envolvimento parental ou familiar e compreender como esta área tem crescido desde então, onde a literatura era relativamente dispersa (Ingoldsby, 2010).

Segue-se uma síntese sobre a revisão de Ingoldsby (2010). Ao nível das estratégias, o autor distingue as estratégias interpessoais, para o envolvimento e para a retenção separadamente, e as estratégias de envolvimento, pré-intervenção/estágios iniciais e continuadas ao longo do processo. Nas estratégias interpessoais para o envolvimento, apresenta: expressão de empatia e validação dos sentimentos dos clientes sobre a intervenção; combinação do estilo de comunicação com as necessidades das famílias; e expressão de respeito por crenças culturais, religiosas, etc. Nas estratégias interpessoais para a retenção: esclarecimento das razões para a intervenção; fornecimento de planos de intervenção claros; ênfase nos ganhos alcançáveis; reforço da mudança positiva; e abordar outras necessidades da família. Identifica, nas estratégias de envolvimento pré-intervenção e/ou nos estágios iniciais, a utilização de lembretes de compromissos por telefone antes do início das 5 primeiras sessões (benefícios apenas a curto-prazo); breves intervenções para abordar barreiras interpessoais/práticas - ajuda a fortalecer o vínculo, reduzir obstáculos, atender às expectativas sobre o processo terapêutico, etc. (sucesso no envolvimento); intervenção de Envolvimento de Sistemas Familiares Estratégicos (SSSE) – avaliar e unir-se à família para reduzir o tipo de resistência psicológica de cada membro (sucesso no envolvimento e na participação ativa; considerada uma abordagem promissora); e adaptações à entrega/convite para o programa (não afetou o envolvimento ou retenção). Relativo às estratégias de envolvimento contínuas, introduz os incentivos monetários (podem aumentar o interesse inicial, mas não afeta o envolvimento ou retenção); adaptações/adições estruturais – formato de grupo versus individual (não afetou o envolvimento ou retenção); apoio adjuntivo à família – ajuda cada membro a lidar com os stressores da vida que interferem com sua energia e distraem da participação no processo (sucesso no

envolvimento e na participação ativa; considerada uma abordagem promissora); e entrevista motivacional – uma abordagem baseada em modelos transteóricos e de autoeficácia (sucesso no envolvimento e na participação ativa; considerada uma abordagem promissora).

Objetivos

Questão de Investigação

Quais as estratégias que são ou podem ser utilizadas para promover o envolvimento dos pais na intervenção com crianças e adolescentes?

Objetivos de Investigação

O principal objetivo desta revisão sistemática é conhecer as estratégias que são ou podem ser utilizadas para promover o envolvimento parental em intervenção com crianças e adolescentes. Sendo a questão de investigação desenvolvida a partir do acrónimo PICO, onde a População são os pais em intervenção com crianças e adolescentes; a Intervenção debruça-se sobre os tipos de estratégias de promoção e aumento do envolvimento parental; a Comparação entre as estratégias que têm sido utilizadas; e o envolvimento parental, como *Outcome*. De um modo mais secundário, compreender a evolução do estudo nesta área, contribuir para realçar a relevância do tema na terapia infantil e, conseqüentemente, para a eficácia das intervenções. A partir das revisões existentes referenciadas, contribuir para a atualização do conhecimento no âmbito das estratégias utilizadas para promover o envolvimento, abrangendo o conceito de envolvimento, a nível da frequência, adesão e participação.

Método

Este estudo seguiu a orientação da *checklist* do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA; Liberati et al. 2009). Foi realizado um Protocolo de Revisão, não registado na plataforma PROSPERO (*International Prospective Register of Systematic Reviews*), porém, anexado no Apêndice A, a fim de auxiliar na tomada de decisão e assegurar a objetividade e a validade no processo de construção da presente revisão sistemática.

Metodologia de pesquisa

O processo de procura dos artigos foi realizado através das seguintes bases de dados: *Web of Science*, *PubMed* e *EBSCO*, nas quais a pesquisa foi concebida na opção “pesquisa avançada” e com uma única restrição, temporal, uma vez que a presente revisão tomou por base uma revisão de 2010. Todo este procedimento beneficiou-se do Serviço de Pesquisa da Faculdade de Psicologia e Instituto de Educação da Universidade de Lisboa e do *Global Protect*.

A pesquisa sucedeu-se num período de três meses, sendo que, a última pesquisa: na plataforma *PubMed*, ocorreu dia 21 de fevereiro de 2022; no *Web of Science* a 23 de fevereiro de 2022; e, na plataforma *EBSCO*, a última pesquisa ocorreu a 24 de Maio de 2022. Com recurso às palavras-chave dos estudos referidos na introdução, utilizei os seguintes termos de pesquisa “parent engagement OR parent involvement OR parent participation” - TI Title - AND “strategies OR methods OR techniques OR interventions” - AB Abstract - AND “child therapy” OR “mental health services”.

Critérios de Elegibilidade

A presente revisão teve como critérios de inclusão:

- a) estudos publicados depois do ano de 2010;
- b) artigos publicados em qualquer idioma;
- c) artigos que abrangessem o envolvimento parental em intervenção com crianças, adolescentes ou famílias;
- d) artigos que abordassem estratégias para promover o envolvimento dos pais;
- e) contexto psicoterapêutico individual, serviços ou programas de saúde mental familiar;
- f) incluir todo tipo de publicações.

Como critérios de exclusão:

- a) estratégias utilizadas em intervenção para pais e treino de grupo com pais, uma vez que são exclusivas às práticas parentais e relações pais-filhos;
- b) estudos direcionados a outros contextos que não contexto terapêutico ou serviços de saúde mental;
- c) serviços exclusivamente preventivos.

Assim, será apenas incluído o contexto ambulatorio - qualquer serviço de saúde mental, prestado em clínicas, na comunidade, numa escola ou em casa – dada a natureza homogénea da amostra. A especificidade sobre os contextos deve-se à variabilidade de fatores motivacionais nos diferentes serviços. Nos serviços preventivos, é difícil motivar os pais no processo de apoio psicológico cujos filhos não possuem diagnóstico nem problemas detetados; e, na intervenção para pais e treino de grupo, existe, igualmente, uma variedade de fatores difíceis de generalizar e a maioria direcionadas a práticas parentais e interações pais-filhos, fora da terapia com crianças e adolescentes. É de referir também que, a amostra dos pais inclui cuidadores de crianças e adolescentes, sejam pais biológicos ou adotivos.

Codificação dos estudos

Inicialmente, no processo de seleção dos estudos, todos os dados obtidos seguiram codificação no *Microsoft Excel* onde foi verificado se o título e o *abstract* se enquadram na presente revisão (fase de *screening*). A codificação, repartida para cada base de dados, compilou os seguintes componentes: nome dos autores, data de publicação, título do artigo, identificador de objeto digital (DOI) e referência bibliográfica. Posteriormente, os restantes estudos foram revistos por inteiro, a fim de decidir quais correspondem aos critérios de elegibilidade.

Na fase de *screening*, foi concluída a comunicação interavaliadores, onde procedemos ao cálculo do grau de concordância, que obteve 95.8% (*k de Cohen=0.79*), isto é, uma concordância substancial. Os estudos que entraram em desacordo, foram posteriormente discutidos, e ambos os juizes chegaram a um consenso sobre incluí-los ou não.

Resultados

No total, a pesquisa identificou 1103 resultados, dentro dos quais, 136 no *Web of Science*, 39 no *PubMed* e 928 no *EBSCO*. No entanto, no fim da pesquisa, a base do *EBSCO* removeu automaticamente 448 resultados duplicados. Além desta remoção, 228 foram duplicados e, portanto, também eliminados. Após o *screening*, foram eliminados 371 artigos, sobrando para leitura total, 56 estudos. Dentro destes estudos, 34 foram excluídos por não cumprirem os critérios de elegibilidade e 5 por inacessibilidade. O estudo avançou com um total de 17 artigos, incluídos nos critérios de inclusão e

exclusão. Estas etapas e correspondentes valores, foram especificados num fluxograma (Figura 1).

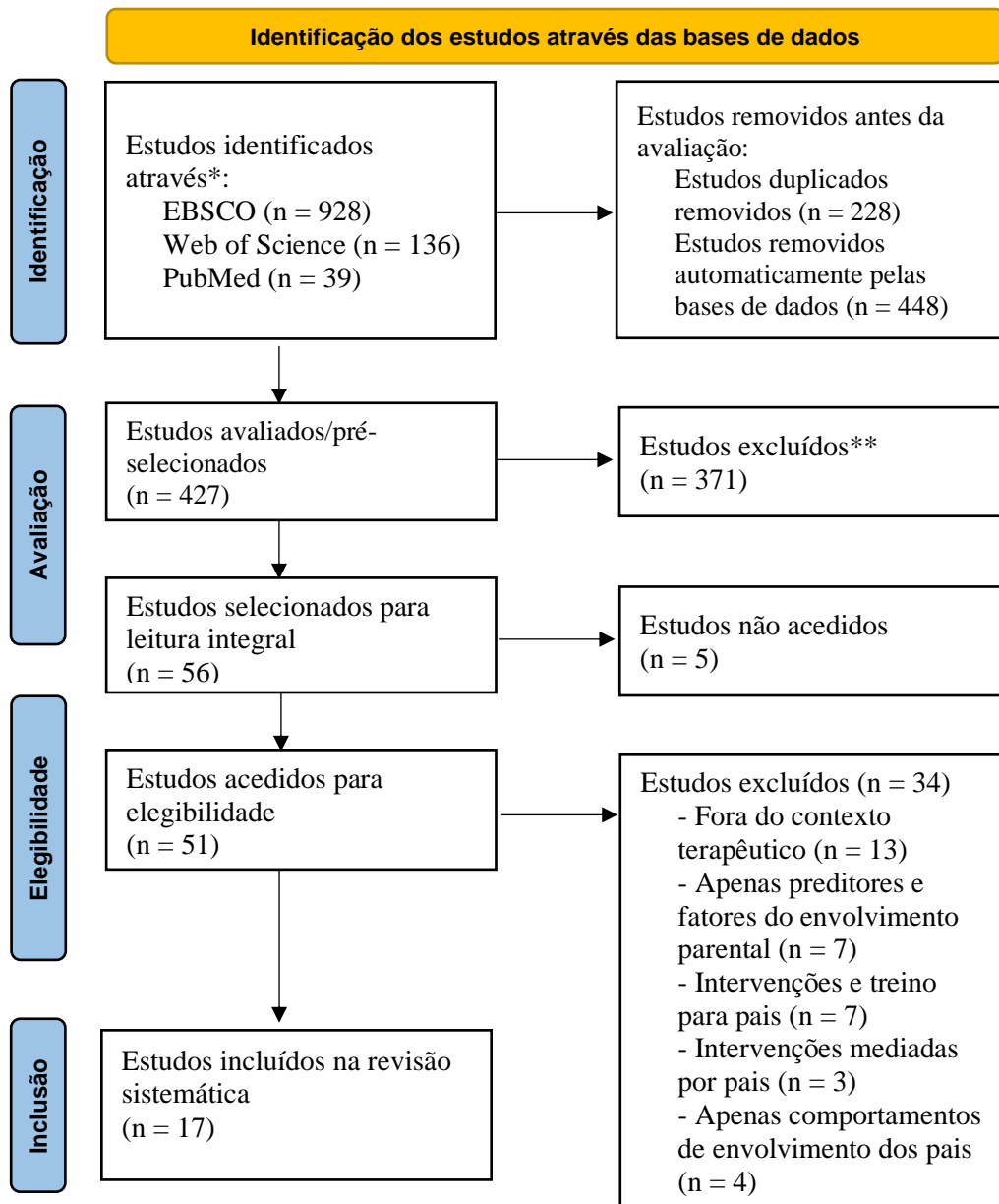
Estudos excluídos

Na primeira fase de eliminação, na avaliação, foram excluídos 371, por motivos de: Intervenções direcionadas a pais - (4) onde os Pacientes são pais, (13) Intervenção didática para pais e filhos, (2) *Coaching online* para pais, (34) Treino comportamental para pais, (9) Intervenção mediada por pais e (1) cuidados para pais. Programas não direcionados à intervenção psicológica - (8) Programas de atividades e intervenções para crianças com deficiência auditiva, linguagem e motora, (2) Programas de treino de competências, (4) Programas de educação especial, (5) Programas de visita domiciliar, (20) Programas e intervenções preventivas, (3) Programa de hábitos saudáveis (1) Programa de ativação e emprego para pais, (1) Programa de Fortalecimento das Famílias e (1) Grupo de luto para pais. Amostras diferenciadas com crianças e adolescentes com (3) Crianças com incontinência, alergias e/ou doença renal crónica, (4) Crianças diabéticas, (4) Crianças com problemas de comunicação/linguagem, (5) Crianças com lesões (paralisia cerebral, lesão medular) e (1) onde os filhos são adultos; e, na amostra dos pais - (5) são consumidores de substâncias, (2) referem-se à Parentalidade, (1) Satisfação conjugal e (1) Pai não residente. (8) Envolvimento das crianças na terapia e fora do ambiente psicoterapêutico - (9) Envolvimento social, por exemplo, de crianças autistas ou com Síndrome de *Rett*, (20) Participação em atividades de lazer (escola, casa, comunidade) com crianças com deficiências, (10) Participação em atividades rotineiras, familiares ou comunitárias, (5) Participação em desporto ou atividades físicas, (1) Envolvimento nos comportamentos de saúde das crianças, (7) Envolvimento e comunicação sobre relações sociais e comportamentos sexuais, (5) Envolvimento em comportamentos e situações de risco (por exemplo: jogos de azar e consumo de substâncias), (1) Envolvimento no *bullying* e (1) na media. Apenas fatores e preditores do envolvimento (1) Fatores associados ao programa de autismo, (2) Preditores do envolvimento nas recomendações ao suicídio, (1) Papel dos pais/professores e pares na ansiedade, (1) Fatores stressantes culturais e (2) sobre Escalas de medição. Estudos debruçados sobre outros contextos que não a psicoterapia - (62) exclusivamente escolar e educacional, (12) pesquisa científica, (6) Ensaios clínicos, (10) Serviços de proteção de crianças, (4) Gerontologia; e especificamente, no contexto de pediatria: (1) Saúde oral, (2) Cirurgia e (2) Cuidados de enfermagem; (6) Terapia da

fala, (9) Terapia ocupacional, (2) Oncologia, (7) Serviços de reabilitação, (9) Unidade neonatal, (4) Internamento, (2) Mortalidade perinatal, (13) Obesidade, (6) Risco de lesões e dores (5) na Participação na tomada de decisão sobre estes contextos e (1) Envolvimento dos profissionais.

Na segunda fase de elegibilidade, 34 foram excluídos, especificamente porque: (13) incidiram fora do contexto terapêutico (cuidado “generalizado”/informal; serviços baseados em evidências, *setting* judicial, processo de desenvolvimento, processo de retirar a criança de casa, transição de fase de vida, saúde física, prevenção e intervenção apenas em contexto ocupacional, medicação); (7) apenas referiam-se a preditores e fatores associados ao envolvimento parental (bons alvos para melhorar o envolvimento dos pais); (7) prendiam-se nas intervenções e treino para pais; de modo semelhante, (3) referiam-se a intervenções mediadas por pais (por exemplo, no aumento das competências da criança); e, (4) estudos referiam-se a tipos de envolvimento dos pais, ou seja, formas pelas quais os pais se mostram envolvidos. Devido à inacessibilidade, 5 artigos não puderam ser submetidos a leitura integral.

Figura 1. Fluxograma Sobre a Orientação do PRISMA



Caracterização dos estudos incluídos

Na tabela 1, anexada no Apêndice B, foram resumidamente apresentados e codificados todos os artigos incluídos na revisão, pelas suas características: autor e ano de publicação, o contexto que retrata, a descrição da amostra, o objetivo do estudo e as estratégias e métodos utilizados para promover o envolvimento dos pais.

Os artigos incluídos abrangem os anos de 2010 (n = 2); 2012 (n = 2); 2014 (n = 5); 2015 (n = 1); 2017 (n = 4); 2018 (n = 2); e 2022 (n = 1). Os 17 artigos incluídos

seguiram as metodologias: revisão de literatura (n = 4), experimental (n = 6), qualitativa (n = 3), observacional (n = 2) e quantitativa (n = 2). Os contextos focados abrangem intervenções ambulatoriais (clínicas, serviços comunitários e escolas) (n = 15) e programas de intervenção (n = 2).

As amostras são variadas, envolvendo um total, aproximadamente, de 70 terapeutas, 653 pais e 933 crianças e adolescentes (a partir de Girio, 2010; Lichvar, 2012; Haine-Schlagel et al., 2012; Multhauf & Buschmann, 2014; Dorsey et al., 2014a; Dickson et al., 2017; Martinez et al., 2017; Martinez & Haine-Schlagel, 2018; Haine-Schlagel et al., 2018; Mas et al., 2022). Além destes participantes, alguns estudos incluíram professores, assistentes sociais, educadores especiais, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais (Brassart et al., 2017; Multhauf & Buschmann, 2014; Dorsey et al., 2014b). Sendo uma amostra muito variada e diversificada, os participantes são, desde hispânicos/latinos, a brancos/caucasianos, negros/africanos americanos, asiáticos e multiculturais. Os terapeutas e os pais são maioritariamente do sexo feminino, ao contrário das crianças e adolescentes, nas quais predomina o sexo masculino. As médias das idades dos terapeutas são de 37.8 anos (a partir de Dickson et al., 2017; Martinez & Haine-Schlagel, 2018; Haine-Schlagel et al., 2018; Martinez et al. 2017; Dorsey et al., 2014a; Haine-Schlagel et al., 2012). Os pais apresentam uma média de idade de 37.5 anos (a partir de Dickson et al., 2017; Martinez & Haine-Schlagel, 2018; Haine-Schlagel et al., 2018, Haine-Schlagel et al., 2012; Mas et al., 2022). As crianças e adolescentes, têm idades compreendidas, explicitamente, entre 2 e os 15 anos. No entanto, é de notar que dois estudos com amostras de crianças do jardim de infância e de adolescentes, não especificaram as idades compreendidas, apenas a média de 5.47 e 15.6 anos, respetivamente (Girio, 2010; Lichvar, 2012). Assim, a média de idades é de 7 anos (a partir de Dickson et al., 2017; Martinez & Haine-Schlagel, 2018; Haine-Schlagel et al., 2018; Martinez et al., 2017; Dorsey et al., 2014a, Haine-Schlagel et al., 2012).

As problemáticas das crianças e adolescentes são maioritariamente PHDA, perturbação do comportamento disruptivo, ansiedade, depressão, perturbação de stress pós-traumático, consumo de substâncias, entre outros (descrito em Ingoldsby, 2010; Lichvar, 2012; Dorsey et al, 2014a, 2014b; Dickson et al., 2017; Haine-Schlagel et al., 2018) – em determinados artigos, as crianças apresentam deficiências intelectuais, da linguagem, atrasos no desenvolvimento, etc. (Brassart et al., 2017; Multhauf & Buschmann, 2014; Mas et al., 2022).

Apenas três artigos especificaram as seguintes orientações teóricas dos terapeutas envolvidos, por ordem decrescente de prevalência: sistêmica familiar, cognitivo-comportamental, eclética, integrativa, psicodinâmica e comportamental (descrito em Martinez et al., 2017; Dickson et al., 2017; Martinez & Haine-Schlagel, 2018). A média dos anos de experiência dos terapeutas é de 6.96 (a partir de Haine-Schlagel et al., 2012; Dorsey et al, 2014a; Multhauf & Buschmann, 2014; Martinez et al., 2017; Dickson et al., 2017; Martinez & Haine-Schlagel, 2018).

Descrição detalhada dos estudos incluídos

A revisão de Ingoldsby (2010), tomada como base para a presente revisão, já foi descrita e categorizada na introdução.

O estudo mais antigo da presente revisão, Girio (2010), focou-se no problema da quantidade de crianças e jovens que precisam de serviços de saúde mental e não os recebem. Assim, dentro do contexto de triagem no ambiente escolar, analisou uma intervenção de feedback na adesão dos pais aos resultados e recomendações para crianças identificadas com problemas sociais, emocionais, comportamentais e adaptativos – relevante para as famílias no estágio de procura de serviços de saúde mental. De notar, que o autor apresenta um guião para a sessão de feedback aprimorada com o conteúdo da mesma, ou seja, os objetivos e recursos ou processos através dos quais, os atingir, com a indicação do suporte empírico. A estratégia de envolvimento foi extensão de uma sessão de *feedback* aprimorada. Esta intervenção incluiu nove formas para promover a adesão dos pais: 1) educar os pais e aumentar o reconhecimento do problema: desde a explicação do instrumento de rastreio (BASC-2) e os resultados dos pais e dos professores (domínios normativos, em risco e clinicamente significativos); 2) explorar as reações dos pais aos resultados e validar emoções; 3) educar os pais, ao explicar a importância da deteção precoce e o papel dos pais neste processo; 4) fornecer recomendações sobre uma avaliação adicional para a criança, recomendar a comunicação dos resultados ao médico e professor da criança; 5) conectar as famílias aos recursos locais, oferecendo uma lista de contactos; 6) avaliar sistemas de suporte nas decisões e possíveis barreiras; 7) aumentar o reconhecimento de problemas; 8) identificar atitudes e experiências anteriores com serviços de saúde mental; e 9) superar as barreiras: financeiras - incentivar os pais a procurar recursos e contactar seguradoras; preocupações com horários, transporte e necessidade de cuidados infantis - incentivar os

pais a comunicar estas preocupações com o clínico e identificar formas de apoio; mudanças pessoais, problemas de saúde, *stress* depois do trabalho – ajudar a identificar sistemas de apoio, formas de autocuidado e descanso para os pais.

São apresentadas várias estratégias para ultrapassar a resistência dos pais, quando não observam, reconhecem ou entendem o comportamento da criança como problemático. As estratégias de reconhecimento do problema (“o quão stressante tem sido?”, “está preocupado com x?”) são utilizadas: quando os pais não têm expectativas adequadas ao desenvolvimento, após a repetição dos resultados da triagem; quando os pais observam o comportamento, mas não acreditam que seja problemático, demonstrando como o comportamento continua, se não for abordado; quando os pais reconhecem o problema, mas não acreditam que determinada intervenção seja necessária, repetindo também o BASC-2 e explicar como tem sido estudado para diversas crianças; e, quando os pais reconhecem o problema, mas este ainda não tem um impacto negativo sobre eles, proceder à explicação sobre como os comportamentos podem impactar os pais. São ainda ressaltadas as seguintes estratégias: ajudar no processamento de medos dos pais, explicar os termos de confidencialidade, o papel do terapeuta e a importância da comunicação entre todos os cuidadores da criança, quando os pais sentem vergonha dos problemas da criança e/ou na partilha dos mesmos; esclarecer expectativas e educar sobre a intervenção de acordo com os valores da família, quando os pais não conhecem o suficiente sobre o processo; clarificar papéis quando os pais têm a expectativa de que o terapeuta é o único ativo; encorajar os pais a procurar recursos adicionais se estes manifestam a perceção de mau funcionamento dos serviços; explorar o envolvimento na intervenção, perspetivas sobre os trabalhos de casa (TPC) e “se o filho vale o esforço e tempo despendido”, quando os pais veem o processo como trabalhoso, stressante ou que exige demasiado tempo; definir a relação terapêutica e explorar a utilidade da terapia para o problema e para a família, quando os pais se demonstram com problemas de confiança.

A necessidade percebida tem sido encarada como o primeiro passo na procura de serviços de saúde mental (Lichvar, 2012). Numa amostra multicultural, Lichvar (2012) examinou os preditores da necessidade percebida de intervenção e do envolvimento na mesma, em populações de minorias étnicas. Utilizaram técnicas de entrevista motivacional, sugerindo como alvos, os problemas comportamentais do adolescente; e dois tipos de apoios, instrumental – assistência no transporte, organização de horários e questões de seguro, e lembretes telefónicos; e relacional - motivar as

famílias a comparecer, orientando-as e educando-as sobre a natureza do processo, incentivar elementos hesitantes, nervosos ou céticos e enfatizar os possíveis impactos do tratamento sobre os problemas. Estes apoios surgem para compreender a variedade de fatores que predizem a frequência e envolvimento no processo terapêutico.

Acrescentaram o apoio às famílias, ao nível da coordenação: com a clínica (horários e sessões perdidas), com locais de referência e nas informações e assistência relativa ao seguro.

Haine-Schlagel, Brookman-Frazee, Fettes, Baker-Ericzén e Garland (2012) exploraram os esforços e quantidade de tempo (44% por sessão) – através de gravações de vídeo nas sessões de psicoterapia - que os terapeutas levavam a envolver os pais na intervenção ambulatória de crianças. Os terapeutas utilizaram várias estratégias direcionadas aos pais, sendo as mais prevalentes: psicoeducação, estabelecimento e revisão de objetivos, com o agrupamento de informações e dos cuidados externos da criança e, fornecer informação sobre o processo terapêutico, antes do início do mesmo. Apesar de, alguns autores sugerirem abordar problemas de saúde mental dos pais antes do processo, Haine-Schlagel et al. (2012) não encontraram fatores significativos do funcionamento dos pais em relação ao envolvimento dos mesmos.

Primeiramente, Dorsey, Pullmann, Berliner, Koschmann, McKay e Deblinger (2014a) e, depois, Dorsey, Conover e Revillion (2014b), incidiram sobre as estratégias de envolvimento baseadas em evidências de McKay, o seu impacto e a necessidade de adaptação, respetivamente, para a população de pais adotivos. Em Dorsey et al. (2014a), os autores explicaram as estratégias de McKay, 1) discussão direta de barreiras percetivas, incluindo experiências negativas anteriores e falta de confiança na eficácia do tratamento, e (2) identificação da maior preocupação do cuidador. Foi destacada uma intervenção breve de envolvimento de McKay, a qual adicionou um tempo mínimo ao primeiro contacto (15 minutos), tanto telefónico como presencial; nas intervenções sobre as barreiras, a reestruturação dos procedimentos (por exemplo, abranger horários mais tardios e fornecer cuidados infantis no local) ou financiamento extra para transporte e cuidados infantis; e, nas intervenções percetivas, a reestruturação de objetivos e conteúdos dos primeiros contactos. No primeiro contacto presencial, o conteúdo abordado no telefonema é revisto e discutido, no qual o terapeuta auxilia na resolução de problemas e com recursos tangíveis (por exemplo, um folheto sobre a problemática da criança). Mais tarde, Dorsey et al. (2014b), procuram modificar as estratégias de envolvimento de McKay, no sentido de adaptar à população de pais

adotivos. Neste estudo qualitativo, também apresentam quatro estratégias a utilizar no primeiro contacto telefónico: (a) identificar a maior preocupação do cuidador com a criança, para encontrar uma razão convincente para a sua participação, (b) construir um relacionamento colaborativo e aumentar o investimento do cuidador, (c) discutir experiências anteriores com serviços de saúde mental, e (d) resolver problemas de barreiras concretas ao envolvimento. Na primeira interação presencial, estes aspetos são relembrados e discutidos com recursos tangíveis (folheto), no sentido de demonstrar capacidade de resposta e haver alguma intervenção terapêutica. Após isto, o clínico vincula cada informação a um objetivo do processo terapêutico.

Dorsey et al. (2014b), a fim de adaptar as estratégias de envolvimento, apresentaram sugestões provenientes dos pais adotivos e assistentes sociais. Os pais sugeriram melhorias na: orientação e estilo de comunicação dos primeiros contactos, sendo que não entendiam porque estavam a contactá-los; esclarecimento e apresentação, de forma clara, de si e do processo terapêutico e evitamento de siglas; orientação sobre as atividades e objetivos de intervenção; enfatizar a importância do papel e influência dos pais; fornecimento antecipado de materiais terapêuticos; questionamento e atenção ao estilo de comunicação preferido pelos pais; validação de desafios e stress associado; comunicação aberta sobre barreiras percetivas; e, num primeiro contacto presencial, sugerem que os terapeutas dediquem mais tempo em escuta empática e resolvendo problemas mais urgentes. Os assistentes sociais sugeriram: flexibilidade nas estratégias de envolvimento, para facilitar adaptação às particularidades de cada família; utilizar palavras específicas sobre a concordância de valores e respeito pela dinâmica familiar; atenção ao tom e afeto na comunicação; explicar o significado de termos científicos; revisão de prioridades terapêuticas após desenvolvimento da aliança terapêutica, para garantir que os pais estão preparados para discutir as necessidades sem hesitações; abertura a necessidades mais amplas e recapitulá-las regularmente; discutir abertamente sobre barreiras a fim de as normalizar; e permitir que os pais falem abertamente sobre possíveis aversões ou desinteresse nos serviços.

Em 2014, Mian preocupou-se com as crianças em idade pré-escolar com perturbações de ansiedade e pronunciou-se sobre a importância da intervenção precoce. A sua revisão procurou também compreender o envolvimento dos pais e, para aumentá-lo, oferece estratégias apresentadas por outros autores. No contexto de comunidade de minorias étnicas e economicamente desfavorecidas, Mian (2014) apresentou as estratégias de McKay et al. (2004, 1996a), desde: esclarecer a necessidade da terapia,

maximizar o investimento e a eficácia dos pais em procurar apoio psicológico, identificar atitudes sobre a procura de serviços, inclusive com experiências anteriores, e, desenvolver estratégias para superar obstáculos concretos (por exemplo, a falta de creche ou transporte). Antes da implementação destas estratégias conhecidas, apresentou um método de sistemas estruturais, com técnicas de terapia familiar: junção e reestruturação. Aqui, o terapeuta junta-se à família de uma maneira que não ameaçasse a estrutura familiar (por exemplo, conectar-se com um pai ambivalente sobre o processo terapêutico) e identifica as barreiras familiares ao envolvimento antes da primeira sessão. O estudo de Mian (2014), utiliza o programa “Guiando a Niños Activos” (Guiding Active Children; GANA) - adaptação do PCIT (*Parent-Child Interaction Therapy*) para famílias mexicano-americanas - é um exemplo de adaptação cultural de uma intervenção que inclui um módulo de envolvimento dos pais. Sendo este, baseado nas estratégias de McKay et al. (1996a): remoção de termos para reduzir o estigma (“terapia”, “saúde mental”); aumentar contactos com outros membros da família; e abordar preconceitos sobre o processo terapêutico.

Multhauf e Buschmann (2014), debruçaram-se num contexto que abrange terapia ocupacional, da fala, professor e educadores especiais, mas incluindo também a saúde mental, de crianças com dificuldades de leitura e fala. Os terapeutas identificaram formas de envolver dos pais, que inclui a orientação sobre os mesmos: “Após uma sessão de terapia, informo os pais sobre o curso da sessão”; “Dou informações aos pais e materiais de exercícios para levar para casa.”; “Eu explico certos jogos e exercícios para os pais.”; “Envolver os pais na anamnese”. Utilizaram formas em que os recursos parentais são diretamente aproveitados: “Os pais assistem às minhas sessões de terapia.”; “Os pais participam ativamente das reuniões.”; “Eu treino os pais como co-terapeutas.”. Por fim, sob a forma de aconselhamento adicional: “Realizo regularmente reuniões com pais.”; “Eu faço chamadas para casa.”; “Conduzo discussões detalhadas com os pais fora das sessões de terapia.”.

Na revisão de King, Currie e Petersen (2014), que se dedicou a compreender e estruturar, de modo abrangente e integrativo, o conceito de envolvimento, também foram utilizadas estratégias semelhantes, e que se enquadram, nas estratégias ACE’s (aliança, colaboração e empoderamento) e psicoeducação. Para estes autores, o envolvimento é o primeiro processo de mudança terapêutica, e enfatizam a promoção de esperança e autoeficácia, através de atitudes e crenças motivacionais (empoderamento). Nas estratégias do terapeuta, salientam as informações sobre recursos e explicações

adaptativas e claras – sendo que, à priori, os problemas são definidos em termos leigos e disfuncionais – que providenciam coerência, suporte e sensação de controle; a tomada de decisão compartilhada (colaboração); transmissão de confiança, empatia, valorização, presença emocional, sensibilidade e responsividade às preocupações (aliança).

No ano seguinte, Haine-Schlagel e Walsh (2015), por meio de uma revisão sistemática e a fim de propiciar esforços para o aumento do envolvimento, apresentaram uma estrutura conceptual sobre o envolvimento de participação parental e divulgaram o conhecimento na área – que, até à data, carecia de investigação sobre as estratégias apropriadas para envolver os pais. Focou-se no contexto ambulatorio de saúde mental, uma vez que é o mais estudado e utilizado por crianças e famílias. As estratégias de melhoria apresentadas foram: práticas de reforço do provedor; avaliação das barreiras em questões de expectativas, resolução de problemas e *coping* dos pais; promoção da acessibilidade e definição de expectativas; avaliação das barreiras ao processo, com mudança de discurso; psicoeducação e combinação de pares de pais (relações colaborativas entre pais ou grupos de apoio) para aumentar sentimentos de autoeficácia e conhecimento; e construção de relação terapêutica com o provedor.

Com a população de pais imigrantes com filhos dispendo de deficiências, Brassart, Prévost, Bétrisey, Lemieux e Desmarais em 2017, relatam as estratégias desenvolvidas para aumentar o envolvimento parental no processo terapêutico. No sentido de superar o obstáculo do idioma: modificar o idioma dos provedores de serviço (SP); simplificar classes gramaticais e vocabulário; diminuir a velocidade do discurso; oferecer opções de resposta; usar gestos e metáforas; repetir e reformular; e verificar regularmente a compreensão dos pais imigrantes (IP). As ferramentas empregues para facilitar a comunicação foram: escrever instruções; utilizar recursos de escrita e visuais (*email's*, fotos ou desenhos); usar *software* de tradução e tradutores; e usar um *notebook* para compartilhar informações. O desenvolvimento de uma compreensão partilhada da deficiência da criança, sugere: conhecer e respeitar as perceções de deficiência do IP; demonstrar interesse pelos valores da família; e explicar diversas questões associadas à deficiência. No sentido de ajudar os pais a entender o processo terapêutico: apresentar as informações práticas da terapia; explicar o papel dos diferentes SP; explicar a importância da influência dos pais; e apresentar serviços de apoio. No estabelecimento de objetivos em conjunto, os terapeutas podem: ouvir e desenvolver uma compreensão

das prioridades; vincular os objetivos a algo importante para os IP e a atividades; e rever os objetivos. No processo de desenvolvimento de uma parceria entre SP e IP, é relevante: conhecer a dinâmica familiar; informar o IP sobre o papel, de ambos os pais, no desenvolvimento do seu filho; ajudar os pais em atividades lúdicas e na adaptação à nova comunidade; incentivar o IP a participar nas sessões; compartilhar exercícios para casa; adaptar exercícios e atividades para que sejam consistentes com os valores dos IP; focar nos pontos fortes da família; e verificar a aceitabilidade da terapia para os IP.

Num contexto diferente, Koivunen, Van Alst, Ocasio e Allegra (2017), atuaram numa intervenção pré-escolar. Os clínicos dizem focar-se em educar os pais sobre o processo, gerir as suas expectativas e relembrar o encargo que têm, apoiando-os e reconhecendo o seu trabalho fora da intervenção. As abordagens para envolver os pais foram: foco nos pontos fortes da família com validação; educar sobre os problemas da criança e o processo de desenvolvimento adaptativo; empoderar a família ao salientar o poder sobre os filhos e da sua participação. Também foram identificados os processos pelos quais os pais experienciaram tentativas de envolvimento: flexibilidade, na medida em que demonstravam sempre disponibilidade em ajudar, até por telefone; eram diretos e acessíveis com as informações sobre a criança; mantiveram os pais atualizados sobre o processo dos filhos, com notas enviadas para casa com essas informações (Koivunen et al., 2017).

Por último, com a construção das estratégias ACE's, Dickson, Zeedyk, Martinez e Haine-Schlagel (2017) e Martinez e Haine-Schlagel (2018), utilizaram o mesmo método para incentivar o envolvimento parental no processo terapêutico dos filhos: aliança, colaboração e empoderamento - medidas através do sistema de código observacional (Haine-Schlagel e Martinez, 2014b) - porém, em 2018, acrescentaram a técnica de psicoeducação. No contexto das disparidades étnicas e culturais, na identificação e acesso a serviços de saúde mental para crianças, Dickson et al. (2017), avaliaram potenciais diferenças no uso de estratégias de envolvimento dos terapeutas e no envolvimento de participação dos pais, em sessão, na intervenção com os filhos. A estratégia da aliança terapêutica abrange a escuta ativa e a comunicação positiva. A colaboração refere-se à oferta de sugestões e procura da opinião dos pais. Os métodos de empoderamento são as ações de enfrentar as barreiras à participação e reconhecimento dos esforços dos pais. Martinez e Haine-Schlagel (2018) utilizaram estratégias de envolvimento, com o propósito de promover o planeamento do trabalho de casa (TPC), que é uma parte importante do envolvimento parental na terapia infantil.

De modo semelhante, nas estratégias ACE's, a construção de uma aliança forte foi destacada pelo estabelecimento de uma relação aberta e calorosa, pela percepção de trabalho em conjunto e parceria entre pais e terapeutas. Esta parceria, não só motiva, como envolve o cliente. Assim, na estratégia de colaboração, além da oferta de sugestões e procura da opinião dos pais (Dickson et al., 2017), é incluído o envolvimento em atividades terapêuticas e o trabalho com estes, nos planos do TPC. As estratégias de empoderamento são referentes aos elogios, à ajuda no desenvolvimento de competências e autoconfiança no seu papel para a criação de mudanças, reconhecer esforços e pontos fortes dos pais. A técnica de psicoeducação é a prática de apresentar informações sobre os problemas psicológicos e esclarecer a lógica para a intervenção terapêutica.

No âmbito da psicoterapia infantil, Martinez, Lau, Chorpita e Weisz (2017), examinaram exclusivamente as estratégias de psicoeducação, em cuidados habituais ou intervenção modular. Esta última é uma abordagem baseada em evidências, que apresenta módulos baseados em elementos comuns das intervenções (por exemplo, elogios, recompensas, psicoeducação etc.). As estratégias de psicoeducação utilizadas pelos terapeutas foram: (a) descrever os problemas de comportamento da criança em geral, como sintomas, diagnóstico e consequências, e específicos; (b) discutir as causas do comportamento inadequado da criança, refletir e resumir os fatores contribuintes; (c) descrever os objetivos da intervenção, o que ocorrerá durante as sessões e as mudanças que podem acontecer para os pais e filhos; (d) fornecer justificações para a intervenção com evidências de eficácia, discutir as consequências de problemas não abordados e fornecer folhetos informativos sobre intervenções; e (e) fornecer estratégias para gerir o comportamento e explicação sobre as mesmas. As estratégias de envolvimento, além da técnica psicoeducativa, consistem: (a) estabelecimento de metas colaborativas, no qual o terapeuta elícita e esclarece os principais desafios que ocorrem com a criança/família, os objetivos e as mudanças que os pais gostariam de ver e revê; (b) validar e afirmar o compromisso e o papel dos pais no processo terapêutico; (c) verificar experiências passadas, positivas e negativas, e abordar preocupações sobre a intervenção; (d) fornecer estratégias para gerir expectativas e o que pode ou não funcionar; (e) definir papéis no processo terapêutico para reforçar a participação; e (f) abordar e resolver problemas de barreiras ao processo.

Ainda incorporando as estratégias ACE's, Haine-Schlagel, Martinez, Roesch, Bustos e Janicki (2018), utilizaram o Parent And Caregiver Active Participation Toolkit

(PACT; Haine-Schlagel & Bustos, 2013) que inclui um conjunto de ferramentas para os terapeutas aumentarem o envolvimento dos pais e apresenta métodos para pais e terapeutas. As ferramentas são um treino de ACE's, um DVD, um manual de trabalho, uma folha de ação, mensagens e um pacote de treino; é de notar que, cada ferramenta indica exemplos de bases empíricas. O treino de ACE's inclui 10 estratégias de envolvimento para cada sessão: (a) Escutar reflexivamente; (b) Transmitir parceria entre pais e terapeutas; (c) Comunicar com consideração positiva; (d) Dar sugestões, não orientações; (e) Solicitar contribuições sobre estratégias de intervenção; (f) Incorporar contribuições nas sessões; (g) Envolver os pais nas atividades da sessão; (h) Planear em conjunto os TPC's; (i) Focar em pontos fortes e esforços; (j) Identificar/resolver conjuntamente as barreiras. O DVD é um conjunto de vídeos com testemunhos de pais e terapeutas, aos quais os pais assistem nas primeiras 3 a 4 sessões, e juntamente com o manual, abrangem informações sobre o PACT, a importância da participação, pontos fortes dos pais, a sensação ao participar na terapia, falar com o terapeuta e agir ativamente; com quatro atividades associadas. A folha de ação é um plano para todas as sessões, que ajuda todos os elementos da terapia a rever o TPC da sessão anterior, os objetivos da sessão e as decisões sobre o próximo TPC. As mensagens motivacionais são enviadas aos pais entre cada sessão e abrange quatro níveis: motivação geral para participar, comparecimento, falar e agir. Por último, é entregue um pacote de treino, com manuais, *workshop's*, consultas de *feedback* e dicas de treino.

Mais recentemente, Mas, Dunst, Hamby, Balcells-Balcells, García-Ventura, Baqués e Giné (2022), examinaram o envolvimento parental e as práticas centradas na família. Apresentaram-nos as práticas relacionais ou construção de relações, que inclui: escuta ativa e reflexão, competências de comunicação eficazes, empatia, crenças sobre os pontos fortes da família e a sensibilidade do profissional sobre os valores e práticas familiares. Por outro lado, as práticas participativas ou de construção de competências, incluem o comportamento do profissional, como: envolver a família nas escolhas informadas e tomadas de decisão, trabalhar nas forças da família, promover a aquisição de novas competências, e mais envolvimento parental na obtenção de recursos e apoios e na providencia de oportunidades de aprendizagem às suas crianças.

Discussão

O objetivo desta revisão foi conhecer as estratégias utilizadas para promover o envolvimento parental nas intervenções com crianças e adolescentes. Uma vez que, como apresentado na introdução, o envolvimento parental prediz bons resultados terapêuticos, e existem alguns estudos que usaram e analisaram diferentes estratégias e métodos para promover esse envolvimento. Assim, é notável a crescente atenção e pesquisa sobre o envolvimento parental em terapia individual com crianças e adolescentes, nomeadamente na sua promoção.

Apenas o estudo de Lichvar (2012) não teve o objetivo de investigação principal de examinar ou promover estratégias de envolvimento parental, mas sim examinar preditores da necessidade percebida de intervenção e preditores do envolvimento na intervenção do adolescente e da família. No entanto, essa análise revelou barreiras e fatores associados ao processo terapêutico que, conseqüentemente, informou sobre alguns métodos que promovem o envolvimento. Todos os restantes estudos, procuraram examinar: estratégias de envolvimento, a sua implementação e efeitos (n = 4); os terapeutas na promoção do envolvimento parental (n = 2); barreiras, o grau e a maneira de envolver os pais (n = 2); impacto de outras intervenções, em conjunto com as estratégias de envolvimento de McKay e a necessidade de adaptação a pais adotivos (n = 2); diferenças étnicas nos comportamentos de participação (n = 1); o uso de práticas relacionais e participativas (n = 1); e revisões sobre a literatura existente, para as formas de promover o envolvimento parental na intervenção com crianças e adolescentes (n = 3) – fornecendo, assim, uma resposta à questão de investigação, sobre quais as estratégias que estão a ser utilizadas para aumentar o envolvimento dos pais.

Alguns estudos não procederam à análise da eficácia das estratégias de promoção do envolvimento parental. Como Haine-Schagel et al. (2012), que examinou o envolvimento parental, definindo-o como a proporção de tempo em que os terapeutas empregam estratégias dirigidas aos pais, por sessão. Multhauf e Buschmann (2014) focaram-se apenas em conhecer o grau e a forma de envolver os pais, através de um questionário a terapeutas, sem, assim, testar a eficácia das mesmas; sendo o único estudo a indicar as estratégias “treino como co-terapeutas” e “contacto frequente e permitir a presença dos pais nas sessões”. A revisão de literatura de King et al. (2014) não apresenta informações sobre a eficácia das estratégias apresentadas. A partir da revisão de King et al. (2014), Brassart et al. (2017) debruçaram-se sobre as estratégias

de envolvimento culturalmente sensíveis e propuseram-se a conhecer as barreiras existentes e as estratégias utilizadas pelos provedores de serviço com pais imigrantes, sem testar a eficácia das mesmas; ambos os estudos mencionaram estratégias de “superar a barreira do idioma e facilitar/adequar a comunicação”. Dickson et al. (2017) procederam à análise sobre uma questão cultural, de diferenças étnicas nos comportamentos de participação em sessão, e não de eficácia das estratégias utilizadas pelos terapeutas. Por último, também Koivunen et al. (2017) não testaram a eficácia das estratégias apresentadas, apenas apresentaram a experiência dos clínicos na promoção de serviços de saúde mental e as percepções dos pais, que descreveram maior conforto na procura de apoio e uma sensação de alívio, quando o seu filho foi ajudado.

Os restantes estudos indicaram os resultados significativos ou a inexistência de efeitos, das estratégias apresentadas sobre o envolvimento parental. Os “lembretes por telefone” (Ingoldsby, 2010; Lichvar, 2012), utilizados nos estágios iniciais do processo terapêutico revelaram-se eficazes a curto-prazo. Também no estudo de Ingoldsby (2010), em contexto de programas de intervenção, o “apoio adjuntivo à família” e a “entrevista motivacional” (EM) (descrito em Girio, 2010; Lichvar, 2012, em forma de apoio relacional; e King et al., 2014, sendo que este não procedeu à testagem) tiveram resultados positivos. Porém, as “adaptações estruturais”, “adaptações ao convite para o programa” e os “incentivos monetários” - apesar deste último aumentar o interesse inicial - não obtiveram resultados significativos no envolvimento e retenção dos pais. A intervenção de “envolvimento de Sistemas Familiares Estratégicos (SSSE)” (Ingoldsby, 2010; Mian, 2014), obteve resultados positivos, tendo envolvido, com sucesso, 93% das famílias no início do processo. A “SSSE”, o “apoio adjuntivo à família” e a “EM” foram consideradas abordagens promissoras. O programa GANA, uma adaptação cultural apresentada em Mian (2014), que inclui um módulo de envolvimento dos pais baseado em McKay et al. (1996a) e pretende reduzir o estigma, abordar preconceitos, utilizar a língua nativa do cliente e vincular-se ao seu ambiente comunitário, não obteve resultados positivos significativos no envolvimento da família ao longo do processo de intervenção.

Koivunen et al. (2017) focaram-se muito na estratégia de “gestão de expectativas”, sendo que um dos desafios dos pais, é não saberem o que esperar da terapia. Apenas Martinez et al. (2017) comprovou a sua eficácia (juntamente com outras estratégias de envolvimento), sobre o envolvimento além da fase inicial, porém, sem efeitos na aliança terapêutica e satisfação com o processo.

A estratégia “abordar/resolver barreiras” (práticas e/ou perceptivas), é das estratégias mais utilizadas. Esta obteve resultados positivos nos estágios iniciais da intervenção (Ingoldsby, 2010; Girio, 2010; Lichvar, 2012), ao longo do processo de intervenção (Dorsey et al., 2014a) e ao nível de comportamentos específicos, neste caso, na participação e conclusão do TPC (Haine-Schlagel & Walsh, 2015). Porém, sem resultados significativos na aliança terapêutica e na satisfação com a terapia (Dorsey et al., 2014a, 2014b). Também no topo das estratégias mais utilizadas, a “exploração e validação de preocupações e experiências anteriores”, não obteve resultados significativos na satisfação com a terapia, mas sim, ao longo do processo, na medida em que aumentou a retenção e o número de sessões adicionais (Dorsey et al., 2014a), e nos estágios iniciais (Girio, 2010; Lichvar, 2012), aumentou as taxas de procura de serviços e comparecimento à primeira sessão. Porém, em Dorsey et al., 2014a e 2014b, o facto de não haver efeitos no comparecimento à 1ª sessão é justificado pela população específica de pais adotivos, na medida em que, em alguns casos, o tribunal exige intervenção para as crianças e jovens, e deste modo, os pais adotivos veem este envolvimento inicial como uma exigência.

O “esclarecimento de papéis” demonstrou a sua eficácia nas etapas iniciais dos serviços de saúde mental (em Girio, 2010; Lichvar, 2012), sendo também apresentada por terapeutas, em Brassart et al. (2017), como uma estratégia preparatória que aumenta as expectativas adequadas sobre o processo. O “estabelecimento e reestruturação de objetivos” apareceu, em simultâneo, com o “esclarecimento de papéis”, com eficácia comprovada no início do processo, na procura de ajuda, mas não no comparecimento à 1ª sessão (Girio, 2010; Lichvar, 2012; Dorsey et al., 2014a); e, de forma contínua ao processo, com resultados na retenção e término da intervenção, bem como, os pais e seus filhos eram mais propensos a frequentar quatro ou mais sessões (Dorsey et al., 2014a). A estratégia “estabelecimento e reestruturação de objetivos” foi observada em Haine-Schlagel et al. (2012) como uma das estratégias mais utilizadas em sessão, e mencionada pelos terapeutas em Brassart et al. (2017), enfatizando que tal estratégia pode contornar equívocos e envolver os pais na solução dos problemas da criança. No âmbito da aliança e satisfação com a terapia, não obteve resultados significativos (Dorsey et al., 2014a).

A revisão de Haine-Schlagel e Walsh (2015), apresentou estratégias exclusivas, que apenas surgem neste estudo. As “práticas de reforço” aos pais, a “promoção da acessibilidade e definição de expectativas” foram entendidas como técnicas gerais de

promoção de envolvimento e obtiveram resultados positivos sobre a participação dos pais. A “resolução de problemas e *coping* dos pais” também comprovou a sua eficácia, no entanto, em comportamentos específicos da sessão, como a participação no TPC. A “combinação de pares de pais”, em conjunto com a psicoeducação, não obtiveram resultados positivos sobre os comportamentos específicos em sessão.

A “construção da relação terapêutica” obteve resultados positivos em termos de retenção e término da intervenção, em comportamentos específicos em sessão (Haine-Schlagel & Walsh, 2015), mas sem efeitos na aliança e na satisfação com a intervenção (Dorsey et al., 2014a). Em Mas et al, (2022), a estratégia “construção da relação terapêutica” foi mencionada como parte de uma prática centrada na família – prática relacional - porém, com resultados menos significativos, comparativamente à vertente mais participativa. De notar que, as estratégias “resolver/superar barreiras”, “exploração e validação de preocupações e experiências anteriores”, “estabelecer e reestruturar objetivos” e “construir relação terapêutica” são estratégias de intervenção de McKay, que foram, não só utilizadas em Dorsey et al., 2014a e 2014b, como apresentados na revisão de Mian (2014), onde revelaram um aumento da taxa (30%) de comparecimento à primeira consulta.

Mais recentemente, verificou-se que as estratégias mais utilizadas para incentivar o envolvimento dos pais, além de “abordar e resolver barreiras” e “explorar e validar preocupações e experiências anteriores”, foi estratégia específica de “psicoeducação” e as “ACE’s” - um sistema de codificação observacional, que inclui estratégias de “aliança terapêutica”, “colaboração” e “empoderamento” e foi construído para aceder ao uso de estratégias, em sessão, e promover o envolvimento parental (Haine-Schlagel e Martinez, 2014).

Tanto nos momentos iniciais do processo (Girio, 2010; Lichvar, 2012), como ao longo da intervenção (Dorsey et al., 2014a; Martinez et al., 2017), a estratégia de “psicoeducação” demonstrou-se eficaz no envolvimento parental. No entanto, em relação a comportamentos específicos nas interações clínicas, Martinez e Haine-Schlagel (2018), juntamente com as estratégias ACE’s, obtiveram resultados positivos com a “psicoeducação”; e a revisão de Haine-Schlagel e Walsh (2015), em conjunto com a combinação de pares, referiu não haver resultados significativos da estratégia de “psicoeducação”, o que foi justificado com um efeito teto. Ao nível da aliança terapêutica e da satisfação com a terapia, a “psicoeducação” não parece impactar as mesmas (Dorsey et al., 2014a; Martinez et al., 2017). A estratégia foi igualmente

mencionada em Haine-Schlagel et al. (2012) e Multhauf e Buschmann (2014) que concluíram ser das estratégias mais predominantes, utilizadas pelos terapeutas e direcionadas aos pais; Brassart et al. (2017) veem a psicoeducação como uma técnica preparatória (eliciar perspectiva do cliente, esclarecer o processo terapêutico e estabelecer papéis), que aumenta as expectativas apropriadas dos pais; e Koivunen et al. (2017) também revelou ser a psicoeducação, uma das estratégias que os clínicos mais utilizam e que os pais, desta forma, sentem-se mais capazes de lidar com o comportamento dos filhos e com menos *stress*. Em Martinez et al. (2017), dentro da psicoeducação, o uso de estratégias individuais, como “discutir as causas do comportamento inadequado da criança” com os pais nas sessões iniciais e “descrever os objetivos do plano de intervenção” prediziam significativamente o envolvimento posterior dos pais além da fase inicial do tratamento. A estratégia “discutir as causas do comportamento inadequado da criança” foi encarada pelos autores como a responsável pelas diferenças no envolvimento dos pais entre as condições de tratamento, devido ao aumento da compreensão dos pais sobre os fatores associados à problemática e por ter como alvo as percepções distorcidas dos pais sobre as causas do comportamento inadequado. “Descrever os objetivos do plano de intervenção” permite preparar e orientar os pais para a intervenção, com o esclarecimento de equívocos sobre os problemas-alvos e de expectativas irrealistas.

As estratégias ACE's foram utilizadas em Dickson et al. (2017). Apenas Haine-Schlagel et al. (2018) e Martinez e Haine-Schlagel (2018) procederam à sua análise, obtendo, respetivamente, resultados positivos contínuos ao processo, em termos de participação em mais sessões e a percepção da intervenção como eficaz; e em comportamentos específicos, como a participação no TPC. O uso de estratégias de “colaboração”, “empoderamento” e “psicoeducação” no início do tratamento prediz significativamente o planeamento do TPC dos pais, sendo que a “aliança” não prediz com tanta significância. Neste domínio, vale destacar a existência de estratégias semelhantes às ACE's (anteriores à construção do sistema de codificação de ACE's). Por exemplo, King et al. (2014), que refere o empoderamento, a tomada de decisão partilhada (colaboração), a transmissão de confiança, empatia e valorização (aliança); e Koivunen et al. (2017), com estratégias de empoderamento, “apoiar esforços e focar pontos fortes”. Recentemente, Mas et al. (2022), utilizaram práticas centradas na família, diferenciadas em práticas relacionais (como uma junção do empoderamento e aliança) e participativas (como forma de estratégias colaborativas).

No âmbito da aliança terapêutica e da satisfação com a terapia, não foram encontrados resultados significativos das estratégias utilizadas para promover o envolvimento parental. Esta variável de resultado “aliança/satisfação”, foi apenas utilizada por Dorsey et al. (2014a) (entre o primeiro mês de intervenção Vs. fim da intervenção) e Martinez et al. (2017) (entre as condições MT e serviços usuais), que manifestaram um possível efeito teto, uma vez que as classificações de aliança e satisfação apresentaram-se geralmente muito altas. Assim, demonstrando que não necessitam das estratégias de envolvimento para as impactar e/ou pela falta de sensibilidade das medidas para detetar diferenças e/ou por características de desejabilidade social (pais quererem fornecer feedback positivo). As estratégias estão apresentadas na Tabela 2, juntamente com a indicação da eficácia comprovada, consoante as variáveis de resultado que avaliam o envolvimento parental.

Tabela 2. *Resumo das Estratégias de Envolvimento Utilizadas pelos Estudos Incluídos com a Indicação da sua Eficácia, consoante a Variável de Resultado que as avaliam.*

| Estratégias de Envolvimento | n | Resultados, consoante a variável de resultado: | | | |
|--|---|--|----------|----------------------------|--------------------|
| | | Pré-intervenção | Contínuo | Comportamentos específicos | Aliança/Satisfação |
| Lembretes por telefone | 2 | + | | | |
| Adaptações à entrega/convite para o programa | 1 | ns | | | |
| Intervenção de Envolvimento de Sistemas Familiares Estratégicos (SSSE) | 2 | + | | | |
| Incentivos monetários | 1 | | ns | | |
| Adaptações/adições estruturais | 1 | | ns | | |
| Apoio adjuntivo à família | 1 | | + | | |
| Entrevista motivacional (EM) | 4 | | + | | |
| Programa GANA | 1 | ns | | | |
| Superar a barreira do idioma; Facilitar/adequar a comunicação | 2 | --- | --- | --- | --- |

| | | | | | | |
|--|----|-----|--|-----|--------|-----|
| Gestão de expetativas | 2 | | | + | | ns |
| Abordar os problemas psicológicos dos pais | 1 | ns | | | | |
| Intervenções para abordar/resolver barreiras | 9 | + | | + | + | ns |
| Exploração e validação de preocupações e experiências anteriores | 9 | + | | + | | ns |
| Esclarecimento de papéis | 3 | | | + | | |
| Estabelecimento/Reestruturação de objetivos/metabolaborativas | 6 | + | | + | | ns |
| Práticas de reforço | 1 | | | + | | |
| Resolução de problemas e <i>coping</i> dos pais | 1 | | | | + | |
| Promoção da acessibilidade e definição de expectativas | 1 | | | + | | |
| Combinação de pares de pais | 1 | | | | ns | |
| Construção de relação terapêutica | 4 | | | + | + | ns |
| Treino como co-terapeutas | 1 | --- | | --- | --- | --- |
| Contacto frequente e permitir a presença dos pais nas sessões | 1 | --- | | --- | --- | --- |
| Psicoeducação | 12 | + | | + | ns / + | ns |

| | | | |
|----------------|---|---|----|
| ACE's: Aliança | 7 | + | ns |
| Colaboração | 7 | + | + |
| Empoderamento | 7 | + | + |

n = número de artigos que utilizaram a estratégia correspondente; Pré-intervenção = variáveis referentes aos estágios iniciais da intervenção, como o processo de procura de ajuda e comparecimento à primeira sessão; Contínuo = variáveis ao longo do processo, como participação, frequência, retenção e nº de sessões adicionais; Comportamentos específicos = comportamentos específicos como a conclusão do TPC, partilha de perspetivas, etc.; Aliança/Satisfação = refere-se ao envolvimento, em termos de aliança terapêutica e satisfação com o processo terapêutico; + = resultados positivos; ns = resultados não significativos; --- = sem eficácia comprovada

Entre os métodos apresentados, manifestam-se algumas estratégias em comum, que podem ser vistas como “ingredientes-chave” para o aumento do envolvimento parental. A maneira mais eficaz de envolver os pais é por meio da exploração, discussão e resolução de barreiras. A resolução de barreiras ao envolvimento, por si só, promove o envolvimento. Sejam barreiras a nível de experiências anteriores negativas, expectativas e crenças errôneas sobre o processo ou barreiras concretas externas (transporte, horários, cuidados infantis, etc.) ou internas (objetivos e atividades em desconformidade com as necessidades das famílias, baixo benefício e relevância percebidos). Em comunidades imigrantes ou multiculturais, é importante o terapeuta adaptar-se às suas barreiras concretas – como o idioma, estigma, preconceito, etc. Para além da resolução de barreiras, as estratégias de psicoeducação, construção de uma aliança terapêutica, atitude colaborativa e empoderamento, apresentam-se as mais essenciais. A psicoeducação determina a compreensão dos pais sobre os fatores associados ao comportamento problemático da criança, as causas e objetivos do processo terapêutico. Esta compreensão facilita o esclarecimento de equívocos e percepções errôneas sobre a problemática e expectativas dos pais sobre os serviços, e deste modo, aumenta o seu envolvimento (Martinez et al., 2017); e orienta e prepara as famílias para as intervenções psicológicas (Dickson et al., 2017). A relação terapêutica é o veículo do envolvimento (King et al., 2014) e ajuda os pais a sentirem-se ouvidos, compreendidos, valorizados e acompanhados. A atitude colaborativa motiva e envolve o cliente (Dickson et al., 2017), de maneira a que pais se sintam dentro e parte ativa do processo terapêutico. Isto leva também ao empoderamento, que cria mudanças ativas na vida da família (Dickson et al., 2017), uma vez que, ao reconhecer os pontos fortes e o esforço dos pais, o terapeuta incute crenças motivadoras (King et al., 2014).

É importante notar que as estratégias de envolvimento têm um impacto diferencial em diferentes estágios do envolvimento parental e, conseqüentemente, são necessárias múltiplas abordagens entre os estágios, pela mudança do envolvimento dos pais, ao longo do tempo (Gonzalez, Morawska & Haslam, 2018). Nos estágios iniciais do processo, parece ser mais importante, ao observar a eficácia comprovada, resolver as barreiras práticas, para que, ao longo das primeiras (2 a 3) sessões, as famílias compreendam e aceitem o compromisso e os custos (horários, transporte, etc.) associados às exigências do processo terapêutico. Isto, juntamente com a exploração, a validação e a desconstrução de preocupações, expectativas e crenças distorcidas sobre o

processo, construindo assim, uma relação terapêutica, com empatia e valorização. Nos estágios seguintes, é importante fornecer informações de forma clara e lógica, psicoeducação sobre o decurso do processo, a problemática em questão, suas causas e formas de intervir, estabelecendo e revendo os objetivos em conjunto com os pais e realçando o papel impactante dos mesmos, motivando-os para a sua participação e mudança no comportamento da criança.

É relevante a perceptível atenção dada às famílias multiculturais e comunidades de minorias étnicas economicamente desfavorecidas, e às suas necessidades particulares. A cultura tem o seu papel na forma como as famílias se direcionam aos serviços de saúde mental (Ingoldsby, 2010). Dickson et al. (2017), fala precisamente das disparidades no acesso, diagnóstico e receção de serviços de saúde mental de qualidade, nestas populações. Isto acontece porque, nesta amostra, existem barreiras e obstáculos em outros níveis, desde crenças e valores divergentes, a competências linguísticas limitadas (Brassart et al. 2017), estigma e obstáculos práticos (ao nível de custos e transportes, por exemplo) (Mian, 2014) e, portanto, necessitam de outros cuidados e atenções específicos, nas tentativas de promover o seu envolvimento.

É de notar as sugestões e experiências dos pais, presentes em alguns estudos (Dorsey et al., 2014b; Koivunen et al., 2017), que são entendidas como avanços para potenciais melhorias nas estratégias de envolvimento. Essas sugestões focam-se no estilo de comunicação: esclarecer, de forma clara, o processo terapêutico, os objetivos de intervenção e a importância do papel dos pais, a fim de aumentar a sua participação; validação; escuta empática e comunicação aberta sobre barreiras perceptivas. A comunicação deverá refletir a construção de uma relação terapêutica colaborativa, incentivando que os pais trabalhem com os terapeutas e a criança como uma equipa, para o mesmo fim (Dorsey et al., 2014b). Os pais experienciam mais esforços para os envolver através da atualização sobre o processo terapêutico dos filhos, da clareza das informações e disponibilidade imediata dos terapeutas (Koivunen et al., 2017). Assim, concluímos que os pais sentem-se mais envolvidos, quando os terapeutas se revelam eficazes em competências de comunicação e nos seus esforços em mantê-los informados e amparados.

Como retratado anteriormente, há semelhanças entre a presente revisão sistemática e as revisões de Ingoldsby (2010) e Haine-Schlagel e Walsh (2015). A revisão de Ingoldsby (2010), reuniu as estratégias testadas para melhorar o envolvimento e retenção da família e enfatizou a dispersão da literatura na área. A

presente revisão aparece no seguimento da literatura e como complementar de lacunas das ditas revisões. Apresenta avanços, partindo da literatura recente, na compreensão e fundamentação mais profunda de estratégias e métodos utilizados para promover o envolvimento dos pais na intervenção com crianças e adolescentes, o que permite um melhor conhecimento das mesmas e posterior utilização na prática clínica; na consideração de contextos ambulatoriais e programas de intervenção, alguns também abrangendo mais do que a saúde mental; na inclusão de uma amostra de pais variada, desde pais adotivos a populações de minorias étnicas, multiculturais e imigrantes; e num conceito de envolvimento alargado, focando-se na procura dos serviços de saúde mental, em comportamentos de participação, na retenção, adesão e frequência às sessões. Ao contrário das revisões de Ingoldsby (2010) e Haine-Schlagel e Walsh (2015), a presente revisão contém, da última década, todas as estratégias utilizadas e que possam ser utilizadas (testadas rigorosamente ou não), como as observadas pelos terapeutas em sessão e mencionadas pelos mesmos, através de questionários. Desde a publicação das revisões referidas, houve um aumento da atenção na área do envolvimento parental, principalmente com as estratégias mais recentes de ACE's. A construção do sistema de codificação observacional, em 2014, permitiu uma recolha de dados natural e viável, reunindo as diferentes formas, desde então, que os terapeutas usam para envolver os pais, com eficácia comprovada, nas várias representações do envolvimento parental.

Verifica-se a existência de estratégias em comum, quer em relação à revisão de Haine-Schlagel e Walsh (2015): avaliação das barreiras em termos de expectativas e acesso, psicoeducação e construção da relação terapêutica; quer à revisão de Ingoldsby (2010), que se focou exclusivamente em programas: lembretes, discussão de barreiras, métodos de sistemas familiares, incentivos monetários e técnicas de entrevista motivacional. Com o avanço da literatura, a presente revisão acrescenta estratégias mais centradas no cliente e no processo, como o estabelecimento de papéis e objetivos na intervenção, a valorização da aliança terapêutica (escuta ativa, empatia, sensibilidade cultural e familiar), algumas técnicas específicas de psicoeducação e formas de empoderar os pais, e a ênfase numa relação colaborativa, em termos de decisão partilhada e promoção de novas competências.

Apesar de algumas limitações, apresentadas mais à frente, a presente revisão manifesta pontos fortes, na convergência de um conceito abrangente do envolvimento, incluindo a frequência, adesão e comportamentos em sessão, que revelam a participação

ativa dos pais. A maioria da literatura existente concentra-se na frequência às sessões (Dickson et al., 2017), no entanto, tal não compreende, nem determina todo o envolvimento parental no processo terapêutico – por exemplo, a discussão ativa em sessão (sobre as problemáticas, causas, objetivos, etc.) e a adesão aos TPC's (Martinez & Haine-Schlagel, 2018), vão além da frequência às sessões. Num olhar abrangente, apesar de apresentar um bom leque de estratégias destinadas a promover o envolvimento parental em intervenção com crianças e adolescentes, demonstra, também, que as técnicas destinadas a tal, podem ficar delimitadas pelo uso do sistema de codificação observacional das estratégias de ACE's (Haine-Schlagel e Martinez, 2014), na medida em que o foco de observação em estudo está somente nas estratégias ACE's.

Implicações

Implicações Clínicas

É indispensável o papel do terapeuta na promoção do envolvimento parental na intervenção com crianças e adolescentes, de todas as idades e com qualquer tipo de queixa psicológica.

Seguindo algumas das estratégias mais utilizadas, ACE's e psicoeducação, é importante definir o papel do terapeuta na promoção do envolvimento dos pais – apoiar, guiar e capacitar, construindo crenças encorajadoras. É de enfatizar a necessidade dos terapeutas desenvolverem competências interpessoais e de influência direta, ao apresentar informações de forma clara e lógica, fornecendo coerência e, conseqüentemente, credibilidade. O terapeuta deverá ter como propósito, que o cliente permaneça receptivo em relação à terapia, disposto a investir esforços e capaz de ajudar, com os apoios e recursos que dispõe. De igual modo, é essencial transparecer uma presença emocional que demonstre respeito, alimente a esperança e garanta o apoio às famílias (King et al., 2014).

Os terapeutas mais experientes entendem que a mudança depende do cliente, porém, podem influenciar a sua motivação, criando condições e disposição para tal - através da confiança, crença no processo e poder pessoal para alcançar essas mudanças (King et al., 2014). Mas et al. (2022), distinguiram as práticas de construção de relações (práticas relacionais) e as práticas de construção de competências (participativas). Mesmo que os profissionais tenham o conhecimento e capacidades para envolver os

pais de forma relacional, isto depende do apoio que recebem aquando do seu desenvolvimento profissional. Sendo que, vários estudos mostram que o desenvolvimento profissional baseado no desenvolvimento ou fortalecimento de competências facilita o uso de práticas de envolvimento dos pais. Ou seja, é importante que os terapeutas aprendizes adquiram oportunidades de aprendizagem específicas sobre maneiras de envolver ativamente os pais de forma participativa, onde o envolvimento comprova-se mais benéfico (Mas et al., 2022).

Multhauf e Buschmann (2014) explicam que a competência do terapeuta deve ser combinada com uma atitude positiva e aberta em relação à participação dos pais. Os autores retrataram a necessidade de considerar o tema da participação dos pais no treino dos terapeutas – não só para ganhar uma atitude positiva sobre esse conceito, como para desenvolver competências para trabalhar em cooperação com os pais (além de instruir e informar, usar os recursos dos pais e aconselhar sobre os TPC's).

Os resultados obtidos em Haine-Schlagel et al. (2012), sugerem a existência de um processo dinâmico no envolvimento dos pais e, deste modo, a necessidade dos terapeutas em ajustar a quantidade de envolvimento parental para se adequar ao grau de funcionamento da criança e dos pais. Os autores mencionam a urgência de treino dos terapeutas menos experientes, que deve visar o aumento das suas competências em envolver mais os pais no processo, o aumento do foco em direcionar as estratégias para os pais e o incentivo em considerar o funcionamento da criança e da família, na tomada de decisões sobre a adaptação dos seus esforços ao nível do envolvimento dos pais. Sendo que, por exemplo, um maior nível de *stress* na família ou sintomas depressivos dos pais, requerem mais apoio e esforços do terapeuta.

Apesar de todas as vantagens dos esforços para promover o envolvimento parental, Staudt (2007, cit. por Haine-Schlagel & Walsh, 2015) expõe advertências sobre o mesmo. Na medida em que, os pais têm o direito de decidir até que ponto desejam se envolver; as tentativas de envolver não devem ser intrusivas ou coercivas; e, em certos casos, poderão haver razões éticas que não permitam o envolvimento dos pais.

Implicações Culturais

As famílias consideradas em risco sociodemográfico – pobreza, minorias étnicas, imigrantes, eventos de vida stressantes, pais solteiros e educação parental baixa (Mian, 2014) – estão em maior risco de desenvolver problemas de saúde mental e

apresentam mais barreiras específicas ao processo terapêutico. Dickson et al. (2017) apresenta dois conceitos interessantes de igualdade e equidade de saúde, sendo que, no âmbito do envolvimento parental, a equidade é imperativa – distribuição de recursos, de modo a contribuir para a igualdade nos serviços de saúde mental.

Os pais de diferentes culturas e origens familiares podem apresentar diferentes comportamentos de participação e barreiras associadas. Alguns pais podem ser menos propensos a fazer perguntas e levantar preocupações porque veem os terapeutas como uma figura de autoridade (pais hispânicos/latinos participam menos em comparação com pais não hispânicos/latinos) (Haine-Schlagel et al., 2019). Courcy, Granger e des Rivières-Pigeon (2014) manifestaram a existência de diferentes diretrizes de prática, em diferentes culturas, ou seja, cada país valoriza e segue a sua forma de intervenção. Por exemplo, os autores americanos valorizam as sessões estruturadas como forma de aumentar as horas de intervenção, porém, outro contexto pode não atribuir tanta importância ao número de horas e, assim, esta forma de envolvimento parental é menos valorizada.

Neste sentido, o terapeuta deve compreender as barreiras e diferentes perspetivas culturais, construir uma determinada sensibilidade cultural pelas famílias e adaptar-se especificamente a cada uma (Lichvar, 2012), seja com pais imigrantes, que experienciam barreiras situacionais (comunicação num idioma desconhecido, falta de uma rede de apoio social, desemprego, insegurança financeira e dificuldades de adaptação a uma nova cultura) (Brassart et al., 2017), seja em famílias com níveis mais baixos de alfabetização em saúde mental, como minorias étnicas e famílias socialmente desfavorecidas que também experienciam mais barreiras e obstáculos ao envolvimento nos serviços (problemas de transporte, agenda, cuidados de saúde) (Martinez et al., 2017).

Limitações e Sugestões futuras

A presente revisão está limitada: pelo pequeno número de estudos elegíveis (17), que traduz pouca representatividade; a inacessibilidade de estudos ($n = 5$); o facto de alguns estudos apresentarem poucas características da amostra, que limita a capacidade de especificar a população e a posterior generalização; a pouca informação sobre os procedimentos a nível de tempo de medição, entre o uso das estratégias e a subsequente observação do envolvimento parental, que dificulta o conhecimento sobre as diferentes

fases de envolvimento; alguns estudos não testaram a eficácia das estratégias de envolvimento e, por vezes, existe discordância sobre a eficácia da mesma estratégia, o que não garante a utilidade das mesmas em contexto de prática clínica e carece de cautela a nível da generalização; e a exclusão de programas de prevenção – pela dificuldade acrescida em motivar os pais, quando ainda não existe um problema identificado ou um diagnóstico - e intervenção parental e serviços de apoio familiar - nos quais existem treinos e promoção de competências direta e exclusivamente aos pais - no entanto, revela-se importante conhecer esses procedimentos para aumentar o conhecimento sobre as estratégias que promovem o envolvimento, para adaptar e testar ao contexto clínico com crianças e adolescentes e existe muita literatura sobre tal.

No seguimento da pouca indicação sobre as características da amostra, apenas alguns estudos especificaram a orientação teórica dos terapeutas, porém, tal informação poderá ser importante para conhecer a influência da orientação teórica e forma de aprendizagem do terapeuta, na tentativa de envolver os pais e clientes. Em estudos futuros, poderá ser interessante avaliar essa questão específica da orientação teórica (sendo que, tomando como exemplo, a terapia cognitivo-comportamental, por natureza, utiliza mais estratégias de psicoeducação) sobre o envolvimento parental; e avaliar a autoeficácia do terapeuta (abertura para a participação dos pais), para compreender e melhorar o envolvimento de participação parental (Stadnick, Haine-Schlagel & Martinez, 2016). Poderá ser vantajoso para a investigação, replicar a presente revisão com a inclusão de outros contextos que beneficiem do envolvimento parental - treinos e intervenções para pais, programas de prevenção, etc. – para compilar todas as estratégias, adaptar e testar ao contexto terapêutico com crianças e adolescentes.

O facto de 9 estudos (Ingoldsby, 2010; Girio, 2010; Lichvar, 2012; Dorsey et al, 2014a e 2014b; Haine-Schlagel et al., 2012; Dickson et al. 2017; Martinez e Haine-Schlagel, 2018; Haine-Schlagel et al., 2018) num total de 17, utilizarem o incentivo monetário para a participação dos pais é, por um lado, uma técnica de promoção do envolvimento parental, como vimos em Ingoldsby (2010), porém, por outro lado, poderá condicionar ou invalidar as restantes estratégias utilizadas para esse fim.

A pesquisa sobre atitudes específicas dos pais que facilitaram a melhoria das estratégias de envolvimento ao longo do tempo (por exemplo, a necessidade de sintonia com objetivos terapêuticos levou à estratégia de “estabelecimento de objetivos em conjunto”) (Haine-Schlagel & Walsh, 2015). Todavia, a literatura transparece um aparente condicionamento das estratégias de envolvimento desde a construção do

sistema de codificação das estratégias de envolvimento ACE's, deste modo, este protocolo rígido poderá estar a limitar a observação de outras técnicas em sessão, que igualmente promovam o envolvimento dos pais. Uma vez que o envolvimento tende a aumentar, diminuir ou oscilar ao longo do processo terapêutico (Coatsworth e seus colegas, 2006, cit. por Bamberger et al., 2014), poderão ser necessárias diferentes estratégias em diferentes fases do processo. É fundamental que as estratégias de envolvimento que venham a ser elaboradas e utilizadas, sejam avaliadas em períodos de acompanhamento mais longos, sendo que a maioria dos estudos avaliou o envolvimento a curto prazo.

Apesar de Haine-Schlagel, Dickson, Shapiro, May e Cheng (2019), no contexto de serviços terapêuticos comunitários, sugerirem que os resultados podem ser generalizados à maioria das crianças. Os problemas-alvo que os estudos incluídos retratam, incidem maioritariamente sobre o comportamento disruptivo e PHDA – são as perturbações mais prevalentes no contexto de serviços de saúde mental comunitários (Garland et al., 2001); e ansiedade - que depende e necessita da influência e envolvimento dos pais. Poderá ser benéfico alargar e replicar os estudos a uma variedade de problemas psicológicos infantis.

As taxas de uso de serviços por iniciativa própria entre adolescentes são extremamente baixas, não obstante, existe um papel mais determinante dos adolescentes, em comparação com as crianças, no sentido em que os adolescentes têm mais autonomia e independência sobre a decisão de procurar e frequentar os serviços terapêuticos. Por exemplo, quando os adolescentes não querem obter ajuda de serviços de saúde mental, conseguem resistir às tentativas de convencê-los e, por outro lado, possuem um acesso alargado para obter ajuda, i.e., não precisam necessariamente confiar e esperar pela consciência dos pais (Lichvar, 2012). A inclusão abrangente da intervenção com crianças e adolescentes, poderá ser uma limitação, no sentido em que a terapia com adolescentes é diferente, por não depender tanto do envolvimento e iniciativa parental e ser mais suscetível a questões éticas.

Tanto as mães, quanto os pais influenciam o desenvolvimento de dificuldades psicossociais infantis, no entanto, o envolvimento materno é muitas vezes encarado como envolvimento dos pais, destacando a escassez de envolvimento do pai na pesquisa sobre a terapia infantil (Novick, Smith, Barstead, Danko, Rubin, Druskin & Chronis-Tuscano, 2020) e, subsequentemente, na presente revisão. Apenas recentemente, tem havido mais atenção sobre os desafios da saúde mental dos pais na questão do seu

envolvimento na terapia dos filhos, sendo que, a limitada participação dos pais no estudo de Haine-Schlagel et al. (2019), retrata o impacto dos problemas psicológicos paternos e o seu envolvimento na intervenção da criança. Deste modo, as estratégias baseadas em evidências para aumentar o envolvimento dos pais serão limitadas se considerarem apenas os padrões de envolvimento materno. Num estudo descrito em Novick et al. (2020), onde examinaram a ligação entre o envolvimento da mãe e do pai e os resultados da intervenção na ansiedade infantil, a maior participação do pai e a participação combinada da mãe e do pai, foram associadas a ganhos no tratamento da criança. Assim, será benéfico começar a diferenciar e combinar o envolvimento de ambos os pais.

Apesar da crescente atenção sobre as famílias de minorias étnicas ou de um nível socioeconómico baixo, existe pouca literatura sobre a intervenção em saúde mental nessas populações – tendo em conta a disparidade entre a necessidade e a pouca frequência ou término precoce. Devido às barreiras específicas, estudos futuros poderão investigar se as estratégias de psicoeducação promovem a literacia em saúde mental para pais que dão início aos serviços, e se isso resulta em maior envolvimento dos mesmos (Martinez et al., 2017).

Conclusão

De modo geral, as estratégias mencionadas nos artigos incluídos na presente revisão, seguem os mesmos conteúdos: resolver barreiras, explorar preocupações e experiências anteriores, estabelecer objetivos e definir papéis, fornecer psicoeducação sobre a problemática e sobre o processo, construir uma aliança terapêutica e uma relação colaborativa, e empoderar as famílias. A maioria com eficácia comprovada sobre o aumento do envolvimento parental, porém, com diferenciação sobre a variável de resultado (antes ou no início da intervenção; ao longo da intervenção; nos comportamentos específicos; ou, na aliança terapêutica e satisfação com a terapia), ou seja, a utilização das estratégias em diferentes níveis e fases do processo, obtêm diferentes resultados em termos de eficácia.

É de notar que as limitações do estudo condicionam uma interpretação íntegra dos resultados, pela reduzida representatividade da amostra ($n = 17$) e inacessibilidade de artigos ($n = 5$) e não garantem a utilidade e validade total das estratégias apresentadas, não só pela inclusão de estratégias de envolvimento sem a indicação da

sua eficácia ou com eficácia contraditória entre estudos, como pelo facto de metade da amostra utilizar o incentivo monetário para a participação dos pais no estudo correspondente.

É perceptível que as estratégias eram examinadas de modo mais detalhado e denotavam uma atenção especializada, antes da construção do sistema de codificação observacional das ACE's, que parece ter vindo limitar o número de estratégias e comportamentos de envolvimento examinados e observados em sessão. É importante continuar os esforços sobre a análise de estratégias adicionais que promovam, de igual forma, o envolvimento dos pais no processo terapêutico. Não obstante, todas as estratégias encontradas são úteis para aumentar o envolvimento parental e devem orientar estudos futuros. É fundamental recorrer às estratégias de envolvimento apresentadas na presente revisão para promover o envolvimento dos pais e, conseqüentemente, contribuir para a qualidade e eficácia da terapia infantil. Os pais são o principal agente de mudança ao generalizar as conquistas terapêuticas para casa e, em virtude disso, têm uma grande influência na vida da criança, sendo, afinal de contas, os que decidem sobre a frequência às sessões e a retenção no processo.

Os psicólogos clínicos, além de adotar uma atitude positiva e aberta em relação ao envolvimento dos pais, deverão desenvolver uma atitude empática, colaborativa e empoderadora ao longo da intervenção com crianças e adolescentes. No início do processo, é importante resolver qualquer aspeto experienciado como uma barreira sobre a frequência à terapia (como dificuldades de horários e transporte) e ao envolvimento dos pais (como experiência negativas anteriores e baixas expectativas). Deste modo, procedendo à exploração e validação de preocupações, experiências anteriores e emoções associadas, e crenças erradas sobre o funcionamento do processo terapêutico. Assim, o psicólogo começa a desenvolver uma relação terapêutica e a fortalecer a aliança, através da escuta ativa, exploração empática e estabelecimento de uma parceria e a sensação de um “caminho em conjunto”. Esta ideia de parceria dá início a uma atitude colaborativa. Durante todo o processo, o clínico necessita concentrar-se na psicoeducação, no trabalho em colaboração com os pais e no empoderamento da família, nessa que é uma fase de fragilidade. Ou seja, necessita fornecer informações de forma lógica e explícita sobre o decurso do processo, a problemática em questão, suas causas e plano de intervenção terapêutico; estabelecer, rever e reestruturar os objetivos, atividades e TPC's, em conjunto com ambos os pais, com a intenção de os fazer sentir parte ativa e integrante do processo e realçando o seu papel determinante sobre o

mesmo; e, procurar sempre motivá-los para a terapia e para a mudança de comportamento da criança, ao realçar os seus pontos fortes e esforços, através de elogios e apoio no desenvolvimento das suas competências e autoconfiança.

A formação de terapeutas de crianças, deve contemplar uma componente sobre as estratégias de envolvimento dos pais. Esta formação demonstra-se essencial para garantir o futuro desta área e o maior benefício da intervenção com crianças e adolescentes. Adicionalmente, em estudos futuros, poderá ser positivo alargar o foco a contextos de intervenção direta e treino com pais – onde a literatura se prende bastante – para, mais tarde, adaptar as estratégias e testá-las ao contexto ambulatorio. Assim, construindo um maior leque de estratégias passíveis de aumentar o envolvimento parental em intervenções com crianças e adolescentes.

Referências Bibliográficas

- Bamberger, K. T., Coatsworth, J. D., Fosco, G. M., & Ram, N. (2014). Change in participant engagement during a family-based preventive intervention: ups and downs with time and tension. *Journal of Family Psychology, 28*(6), 811.
- Brassart, E., Prévost, C., Bétrisey, C., Lemieux, M., & Desmarais, C. (2017). Strategies developed by service providers to enhance treatment engagement by immigrant parents raising a child with a disability. *Journal of Child and Family Studies, 26*(4), 1230-1244.
- Courcy, I., Granger, S., & des Rivières-Pigeon, C. (2014). L'implication parentale en contexte d'intervention comportementale intensive (ICI) au Québec. *Revue de psychoéducation, 43*(1), 77-99.
- D'Arrigo, R., Ziviani, J., Poulsen, A. A., Copley, J., & King, G. (2018). Measures of parent engagement for children receiving developmental or rehabilitation interventions: a systematic review. *Physical & occupational therapy in pediatrics, 38*(1), 18-38.
- Dickson, K. S., Zeedyk, S. M., Martinez, J., & Haine-Schlagel, R. (2017). Examining ethnic disparities in provider and parent in-session participation engagement. *Journal of children's services.*
- Dorsey, S., Pullmann, M. D., Berliner, L., Koschmann, E., McKay, M., & Deblinger, E. (2014a). Engaging foster parents in treatment: A randomized trial of supplementing trauma-focused cognitive behavioral therapy with evidence-based engagement strategies. *Child abuse & neglect, 38*(9), 1508-1520.
- Dorsey, S., Conover, K. L., & Revillion Cox, J. (2014b). Improving foster parent engagement: Using qualitative methods to guide tailoring of evidence-based engagement strategies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43*(6), 877-889.
- Girio, E. L. (2010). *Kindergarten screening and parent engagement to enhance mental health service utilization.* Ohio University.

- Gonzalez, C., Morawska, A., & Haslam, D. M. (2018). Enhancing initial parental engagement in interventions for parents of young children: A systematic review of experimental studies. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *21*(3), 415-432.
- Haine-Schlagel, R., Brookman-Frazee, L., Fettes, D. L., Baker-Ericzén, M., & Garland, A. F. (2012). Therapist focus on parent involvement in community-based youth psychotherapy. *Journal of Child and Family Studies*, *21*(4), 646-656.
- Haine-Schlagel, R., Dickson, K. S., Shapiro, A. F., May, G. C., & Cheng, P. (2019). Parent mental health problems and motivation as predictors of their engagement in community-based child mental health services. *Children and youth services review*, *104*, 104370.
- Haine-Schlagel, R., Martinez, J. I. (2014). Therapist Alliance, Collaboration, and Empowerment Strategies (ACEs) Observational Coding System. San Diego State University: San Diego, CA.
- Haine-Schlagel, R., Martinez, J. I., Roesch, S. C., Bustos, C. E., & Janicki, C. (2018). Randomized trial of the Parent and Caregiver Active Participation Toolkit for child mental health treatment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *47*(sup1), S150-S160.
- Haine-Schlagel, R., & Walsh, N. E. (2015). A review of parent participation engagement in child and family mental health treatment. *Clinical child and family psychology review*, *18*(2), 133-150.
- Ingoldsby, E. M. (2010). Review of interventions to improve family engagement and retention in parent and child mental health programs. *Journal of child and family studies*, *19*(5), 629-645.
- King, G., Currie, M., & Petersen, P. (2014). Child and parent engagement in the mental health intervention process: A motivational framework. *Child and Adolescent Mental Health*, *19*(1), 2-8.
- Koivunen, J., Van Alst, D., Ocasio, K., & Allegra, C. (2017). Understanding engagement in mental health services for preschool children: An analysis of teacher, clinician, and parent perspectives. *Early Childhood Education Journal*, *45*(3), 313-320.

- Lichvar, E. K. (2012). *Predictors of perceived need for treatment and engagement in mental health services among racial/ethnic minority adolescents and their parents* (Doctoral dissertation, Fordham University).
- Lindsey, M. A., Brandt, N. E., Becker, K. D., Lee, B. R., Barth, R. P., Daleiden, E. L., & Chorpita, B. F. (2014). Identifying the common elements of treatment engagement interventions in children's mental health services. *Clinical child and family psychology review*, 17(3), 283- 298.
- Martinez, J. I., Lau, A. S., Chorpita, B. F., & Weisz, J. R. (2017). Psychoeducation as a Mediator of Treatment Approach on Parent Engagement in Child Psychotherapy for Disruptive Behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(4), 573-587.
- Martinez, J. I., & Haine-Schlagel, R. (2018). Observational assessment of engagement strategies to promote parent homework planning in community-based child mental health treatment: A pilot study. *Journal of child and family studies*, 27(6), 1968-1980.
- Mas, J. M., Dunst, C. J., Hamby, D. W., Balcells-Balcells, A., García-Ventura, S., Baqués, N., & Giné, C. (2022). Relationships between family-centred practices and parent involvement in early childhood intervention. *European Journal of Special Needs Education*, 37(1), 1-13.
- McKay, M. M., & Bannon Jr, W. M. (2004). Engaging families in child mental health services. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 13(4), 905-921.
- Mian, N. D. (2014). Little children with big worries: Addressing the needs of young, anxious children and the problem of parent engagement. *Clinical child and family psychology review*, 17(1), 85-96.
- Multhauf, B., & Buschmann, A. (2014). Elternpartizipation in der Therapie lese- und rechtschreibschwacher Kinder: Ergebnisse einer Fragebogenerhebung. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42(4), 233-241.
- Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical child and family psychology review*, 8(2), 149-166.

- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2001). Parent expectancies for child therapy: Assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies*, *10*(2), 155-180.
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 872–879. doi:10.1037=0022-006X.73.5.872.
- Novick, D. R., Smith, K. A., Barstead, M. G., Danko, C. M., Rubin, K. H., Druskin, L., ... & Chronis-Tuscano, A. (2020). Predictors and Moderators of Parent Engagement in Early Interventions for Behaviorally Inhibited Preschool-Aged Children. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, *5*(4), 452-467.
- Silveira, F. F. (2009). Análise da interação terapêutica em uma intervenção de grupo com cuidadoras.
- Stadnick, N., Haine-Schlagel, R., & I Martinez, J. (2016). Using observational assessment to help identify factors associated with parent participation engagement in community-based child mental health services. In *Child & youth care forum* (Vol. 45, No. 5, pp. 745-758). Springer US.

Lista de Apêndices

Apêndice A. Protocolo de Revisão

Apêndice B. Resumo das Características dos Artigos Incluídos

Apêndice A.

Protocolo de Revisão

Uma Revisão sobre o Envolvimento Parental na Intervenção com Crianças e Adolescentes: Como Promover?

Dissertação de Mestrado - Laura Sofia Ribeiro Correia

Título

Uma Revisão sobre o Envolvimento Parental na Intervenção com Crianças e Adolescentes: Como Promover?

Autores

Laura Sofia Ribeiro Correia

Citação

Correia, L. (2022) Uma Revisão sobre o Envolvimento Parental na Intervenção com Crianças e Adolescentes: Como Promover?

Questão de Investigação

O envolvimento parental no processo terapêutico dos seus filhos é essencial para alcançar resultados bem-sucedidos, sendo que as crianças têm melhores resultados quando os pais estão ativamente envolvidos. As taxas de procura, frequência e adesão à terapia infantil têm sido motivo de preocupação e existe relativamente pouca pesquisa focada nessa questão. A literatura existente sobre o envolvimento parental está, maioritariamente, direcionada para os fatores e barreiras associadas, sendo que o conhecimento sobre as estratégias para aumentar o envolvimento dos pais é dispersa. Neste sentido, parece necessário organizar todo conhecimento da referida área.

Daí a questão da presente revisão:

Quais as estratégias que são ou podem ser utilizadas para promover o envolvimento dos pais na intervenção com crianças e adolescentes?

Pesquisa

As bases de dados eletrônicas recorridas:

- *Web of Science*
- *PubMed*
- *EBSCO*

Com a utilização dos termos de pesquisa: “parent engagement OR parent involvement OR parent participation” - TI Title - AND “strategies OR methods OR techniques OR interventions” - AB Abstract - AND “child therapy” OR “mental health services”.

Tipos de estudos incluídos

Todo o tipo de publicações e idiomas. Restrição temporal desde 2010 ao momento da última pesquisa.

Condição ou domínio a ser estudado

Compreender o avanço da área do envolvimento parental e conhecer quais as estratégias que estão e podem ser utilizadas para aumentar esse envolvimento na intervenção com crianças e adolescentes.

Participantes/População estudada

Pais e respectivas crianças e adolescentes em acompanhamento terapêutico e terapeutas.

Intervenção

O envolvimento parental é essencial para bons resultados terapêuticos das crianças e adolescentes em acompanhamento psicológico, daí a importância dos esforços para aumentar o envolvimento. Deste modo, pretende-se encontrar estudos que se debrucem sobre as estratégias de promoção e aumento do envolvimento parental.

Grupos de Controlo

Os estudos incluídos podem ou não ter um grupo de controlo.

Contexto

Os estudos deverão incidir sobre o contexto ambulatorio, isto é, qualquer serviço de saúde mental, prestado em clínicas, na comunidade, numa escola ou em casa.

Extração de Informação

O processo de extração de dados segue duas fases, com dois investigadores independentes, entre os quais são discutidas discórdias. Uma primeira fase, onde os dados obtidos nas diferentes bases de dados são codificados no *Microsoft Excel* e é verificado se o título e o *abstract* se enquadram na revisão; uma segunda fase, onde os restantes estudos são submetidos a leitura total. A codificação compila: nome dos autores, data de publicação, título do artigo, identificador de objeto digital (DOI) e referência bibliográfica. A seleção dos artigos é realizada através dos critérios de elegibilidade:

- Critérios de Inclusão:

- (a) estudos publicados depois do ano de 2010;
- (b) artigos publicados em qualquer idioma;
- (c) artigos que abrangessem o envolvimento parental em intervenção com crianças ou familiares;
- (d) artigos que abordassem estratégias para promover o envolvimento dos pais;
- (e) contexto psicoterapêutico individual, serviços ou programas de saúde mental familiar;
- (f) incluir todo tipo de publicações.

- Critérios de Exclusão:

- (a) estratégias utilizadas em intervenção para pais e treino de grupo com pais;
- (b) estudos direcionados a outros contextos que não contexto terapêutico ou serviços de saúde mental;
- (c) serviços exclusivamente preventivos.

Avaliação do Risco de Viés (qualidade)

No processo de seleção dos estudos, sucede-se a avaliação por parte de dois investigadores independentes. Não existem limitações no tipo de publicação e no idioma.

Estratégia para síntese de dados

No processo de seleção foi representado num fluxograma, com as fases de identificação, avaliação, elegibilidade e inclusão. As características dos estudos incluídos na presente revisão foram descritas numa tabela, presente nos Apêndices, o mesmo para a estruturação das estratégias de envolvimento parental encontradas.

Detalhes de contacto para mais informações

Isabel Sá (misa@psicologia.ulisboa.pt)

Membros da Equipa de Revisão e as suas afiliações organizacionais

Isabel Sá (Investigadora Auxiliar da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa)

Ana Sofia do Carmo Santos (Estudante da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa)

Tipo e Método de revisão

Revisão sistemática.

Data de início prevista ou real

02 de Dezembro de 2021.

Data prevista de conclusão

16 de Outubro de 2022.

Fontes de financiamento/patrocinadores

Nenhum.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Idioma

Português.

País

Portugal.

Data de registo no PROSPERO

Não registado.

Data de Submissão

Não submetido.

Apêndice B.

Resumo das Características dos Artigos Incluídos

| Artigo | Contexto | Amostra | Objetivo | Estratégias/Métodos |
|------------------|---|---|---|---|
| Ingoldsby (2010) | Programas de saúde mental de pais e crianças | Literatura desde 1980 17 estudos RCT | - Avaliar métodos para melhorar a participação da família em intervenções de saúde mental de pais e filhos, já testadas rigorosamente | - Estratégias interpessoais para envolvimento Vs retenção - Estratégias de envolvimento pré e nos estágios iniciais - Estratégias de envolvimento contínuas |
| Girio (2010) | Rastreio na entrada para o jardim de infância | 597 crianças (306 em risco) do jardim de infância, os seus pais e professores | - Examinar efeitos de uma intervenção de envolvimento na adesão dos pais às recomendações entre crianças rastreadas para problemas sociais, emocionais, comportamentais e adaptativos | - Sessão de feedback: explorar as reações aos resultados; perguntar sobre as preocupações; averiguar experiências anteriores; avaliar a existência de apoio nas decisões que envolvem o seu filho; e barreiras em proceder as recomendações |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| Lichvar (2012) | Serviços de saúde mental ambulatoriais infantis | 187 adolescentes 187 pais multiculturais | <ul style="list-style-type: none"> - Examinar preditores da necessidade percebida de intervenção do adolescente e da família - Examinar os preditores do envolvimento na intervenção do adolescente e da família | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista motivacional - Apoio instrumental - Apoio relacional |
| Haine-Schlagel, Brookman-Frazee, Fettes, Baker-Ericzén e Garland (2012) | Psicoterapia infantil com base na comunidade | 191 crianças com comportamento disruptivo, PHDA, depressão, ansiedade, etc. (4-13 anos) e seus pais 82 terapeutas | <ul style="list-style-type: none"> - Examinar os terapeutas em sessão, sobre o envolvimento dos pais | <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducação, estabelecer e rever metas, reunir informações sobre cuidados externos - Descrever o processo terapêutico - Abordar os problemas psicológicos dos pais |
| Multhauf e Buschmann (2014) | Terapia para crianças | 53 terapeutas de dislexia (professor, educador especial, psicólogo, terapeuta da fala, etc.) | <ul style="list-style-type: none"> - Examinar o grau e a maneira de envolver os pais na intervenção com crianças disléxicas | <ul style="list-style-type: none"> - Orientação parental - Recursos parentais - Aconselhamento adicional |
| King, Currie e Petersen (2014) | Intervenção em saúde mental | Literatura entre 2000-2012 58 artigos | <ul style="list-style-type: none"> - Definir o envolvimento do cliente - Apresentar uma estrutura integrativa do envolvimento no processo de mudança | <ul style="list-style-type: none"> - Aproveita os processos de envolvimento: receptividade, disposição e autoeficácia - Empoderamento - Colaboração comportamental - Aspectos afetivos - Competências interpessoais e de influência direta |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| Mian (2014) | Comunidades de minorias étnicas e economicamente desfavorecidas | Crianças (2 a 6/9 anos) com ansiedade Minorias étnicas e economicamente desfavorecidas | - Sintetizar pesquisas sobre: ansiedade em crianças pequenas, abordagens de intervenção e envolvimento dos pais para facilitar o desenvolvimento de pesquisas de intervenção | - Esclarecer a necessidade do serviço, maximizar o investimento e a eficácia, identificar atitudes sobre a procura de serviços e desenvolver estratégias para superar obstáculo - Sistemas estruturais: junção e reestruturação - Programa (Guiding Active Children; GANA) |
| Dorsey, Pullmann, Berliner, Koschmann, McKay e Deblinger (2014a) | Tratamentos de saúde mental baseados em evidências | 47 crianças e adolescentes num orfanato 47 pais adotivos correspondentes 16 clínicos | - Examinar o impacto da TF-CBT com estratégias de envolvimento baseadas em evidências (McKay) em pais adotivos | - Tempo mínimo do primeiro contacto - Reestruturação dos procedimentos clínicos e financiamento adicional - Reestruturação dos objetivos e conteúdo |
| Dorsey, Conover e Revillion (2014b) | Serviços de saúde mental infantis | 7 díades pais adotivos/filhos 5 assistentes sociais | - Identificar a necessidade de adaptação (e adaptar) das estratégias de envolvimento de McKay com pais adotivos, combinado com a Terapia Cognitivo Comportamental focada no trauma (TF-CBT) | - 1º contacto telefónico: identificar preocupações e prioridades, construir relação, discutir experiências anteriores e resolver barreiras - 1ª encontro presencial: revê os aspetos do contacto telefónico |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Haine-Schlagel e Walsh (2015) | Intervenção ambulatorial infantil e familiar | Literatura entre 1974-2013 23 artigos | - Fornecer uma estrutura conceptual e elucidar o conhecimento sobre o envolvimento de participação parental para encorajar os esforços para aumentá-lo | - Práticas de reforço - Avaliação das barreiras, definição de expectativas, resolução de problemas e <i>coping</i> dos pais - Promover acessibilidade - Mudar o discurso - Psicoeducação e combinação de pares - Construção de relação terapêutica |
| Brassart, Prévost, Bétrisey, Lemieux e Desmarais (2017) | Centro de reabilitação com uma abordagem centrada na família | 21 provedores de serviço (SP): assistentes sociais (4), fisioterapeutas (3), terapeutas ocupacionais (4) e da fala (6), educadores especiais (2) e psicólogos (2) que trabalham com crianças com deficiência: na linguagem, motora, auditiva ou visual. | - Conhecer as barreiras e estratégias para aumentar o envolvimento de pais imigrantes (IP) de crianças com deficiência | - Superar a barreira do idioma - Ferramentas para facilitar a comunicação - Desenvolver uma compreensão compartilhada do problema da criança - Ajudar na compreensão do processo terapêutico - Estabelecer metas em conjunto - Desenvolver uma parceria SP – IP |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| Koivunen, Van Alst, Ocasio e Allegra (2017) | Intervenção pré-escolar | Pais Professores Clínicos | - Examinar as experiências de clínicos na promoção de serviços de saúde mental no pré-escolar e as percepções dos pais | - Educar sobre o processo e problemas - Gerir expectativas - Apoiar esforços - Focar pontos fortes - Empoderar |
| Martinez, Lau, Chorpita e Weisz (2017) | Psicoterapia infantil | 84 terapeutas para 174 crianças (ansiedade, depressão, comportamento disruptivo) 46 crianças incluídas (7 a 13 anos) com comportamento disruptivo (PCD) - 25 em intervenção modular - 21 em cuidado habitual | - Examinar o efeito único do uso de estratégias de psicoeducação na promoção do envolvimento parental | - Envolvimento: estabelecer metas colaborativas, validar e afirmar o papel dos pais no processo, verificar experiências passadas, fornecer estratégias para gerir expectativas, e abordar e resolver problemas de barreiras ao processo. - Psicoeducação: descrever os problemas, discutir as causas, descrever os objetivos, fornecer justificações para a intervenção e fornecer estratégias para gerir o mau comportamento |
| Dickson, Zeedyk, Martinez e Haine-Schlagel (2017) | Serviços de saúde mental comunitários para crianças | 17 terapeutas 18 díades pai/filho | - Examinar diferenças étnicas nos comportamentos de participação em sessão do terapeuta e pais | - ACE's |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| Martinez e Haine-Schlagel (2018) | Serviços de saúde mental comunitários para crianças | 10 terapeutas 11 díades pai/filho | - Examinar a implementação de estratégias de envolvimento com pais - Examinar se estas previam a participação dos pais no planeamento do trabalho de casa (TPC) | - Aliança - Colaboração - Empoderamento (ACE's) - Psicoeducação |
| Haine-Schlagel, Martinez, Roesch, Bustos e Janicki (2018) | Serviços de saúde mental comunitários para crianças | 29 terapeutas 20 díades pai/filho em 6 clínicas de saúde mental comunitária Crianças entre 4-13 anos com problemas de comportamento disruptivo | - Examinar a viabilidade, aceitabilidade e eficácia do <i>Parent And Caregiver Active Participation Toolkit</i> (PACT) | - PACT: Treino ACE's; DVD com depoimentos; Manual de trabalho; Folha de ação; Mensagens motivacionais, Bagagem de treino |
| Mas, Dunst, Hamby, Balcells-Balcells, García-Ventura, Baqués e Giné (2022) | Programas de intervenção na 1ª infância | 85 pais no estudo 1 278 pais no estudo 2 | - Avaliar o uso de práticas relacionais/ participativas, centradas na família e o envolvimento dos pais | - Práticas relacionais - Práticas participativas |