

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE CIENTÍFICA

Rosana Maria Freitas Silveira, n.º 11244 do curso de mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, declara, sob compromisso de honra, que o trabalho de projeto é inédito e foi especialmente escrito para este efeito.

Viseu, 13 de junho de 2016

A aluna, _____

AGRADECIMENTOS

Este projeto final de Mestrado representa o culminar de dois anos de intenso estudo e esforço.

Assim, quero aqui expressar os meus mais sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram direta e indiretamente para que eu ultrapassasse esta etapa tão importante da minha vida.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Sara Felizardo, e à minha coorientadora, Professora Mestre Ana Berta Alves, pela disponibilidade, por todos os incentivos, pela orientação e apoio prestado, ao longo deste processo de crescimento profissional e pessoal que foi a elaboração deste projeto.

A todas as instituições e participantes que abdicaram de parte do seu tempo disponível para participarem neste projeto.

À Carolina Almeida um especial agradecimento, pela amizade, carinho, apoio e companhia durante este ano letivo.

Aos meus Pais, Madalena e Pedro Silveira, por todo o apoio e suporte psicológico e monetário, todo o carinho e força com que sempre me trataram. Em todas as minhas dúvidas, medos, angústias e incertezas vocês, apesar de longe, estiveram sempre comigo e acreditaram sempre no meu sucesso. Vocês são as pessoas mais importantes da minha vida e a vocês devo tudo. Amo-vos.

O meu bem-haja a todos que contribuirão para o meu sucesso nesta etapa da minha vida. Esta vitória não é só minha mas de todos os que pertencem à minha vida. Um grande obrigado.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. A Família no quadro da abordagem sistémica.....	3
1.1. Funcionamento e estrutura da família	3
1.2. O Desenvolvimento familiar	6
2. Parentalidade, eficácia parental e suporte social	10
2.1. Parentalidade: conceito e dimensões	10
2.2. Autoeficácia parental (AEP) e desenvolvimento da criança.....	13
2.3. Suporte social e efeitos no bem-estar familiar.....	17
3. Incapacidades, Parentalidade e Suporte Social	19
3.1. Incapacidade auditiva e visual: concetualização e análise	19
3.2. Inclusão social, direitos humanos	23
3.3. Incapacidade, parentalidade e implicações no sistema familiar	25
4. Autoeficácia, Suporte Social e Incapacidade	30
CAPÍTULO II – PLANO DE INVESTIGAÇÃO	33
1. Estudo da Autoeficácia Parental e da Satisfação com o Suporte Social em Pais com Incapacidade	33
1.1. Formulação do problema	33
1.2. Definição de objetivos	33
2. Metodologia de Investigação	34
2.1. Tipo de estudo	34
2.2. Definição e operacionalização das variáveis	35
2.3. Participantes	35
2.4. Instrumentos de recolha de dados	36
2.4.1. Escala de Auto-Eficácia Parental (EAEP).....	37
2.4.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	38
2.5. Procedimentos.....	39
2.6. Técnicas de análise de dados	40
3. Apresentação e discussão dos resultados.....	40
3.1. Análises descritivas	40
3.2. Análises inferenciais	42

3.3 Discussão dos resultados	48
CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	65
Anexo A – Dados Sóciodemográficos.....	66
Anexo B – Instrumento “Escala de Autoeficácia Parental”	70
Anexo C – Instrumento “Escala de Satisfação com o Suporte Social”	71
Anexo D – Pedido de acesso e permissão de utilização da “Escala de Autoeficácia Parental”	72
Anexo E – Pedido de acesso e permissão de utilização da “Escala de Satisfação com o Suporte Social”	73
Anexo F – Pedido de colaboração para fins de projeto de mestrado	74
Anexo G – Resposta ao Pedido de Colaboração da Instituição I	75
Anexo H – Resposta ao Pedido de Colaboração da Instituição II.....	76
Anexo I – Resposta ao Pedido de Colaboração da Instituição III	77

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Operacionalização das variáveis em estudo	35
Tabela 2- Caracterização da amostra de pais com incapacidade sensorial	36
Tabela 3- Forma de cálculo do score da Escala de Auto-Eficácia Parental	38
Tabela 4- Resultados na Autoeficácia parental em pais com incapacidades sensoriais.....	41
Tabela 5- Resultados na Satisfação com o suporte social em pais com incapacidades sensoriais	41
Tabela 6- Correlações entre a Escala de Autoeficácia Parental e a Escala de Satisfação com o Suporte Social.....	42
Tabela 7- Diferenças na Autoeficácia parental em função do género (teste U Mann-Whitney)	43
Tabela 8- Diferenças na Satisfação com o Suporte Social em função do género (teste U Mann-Whitney).....	43
Tabela 9- Diferenças na Autoeficácia parental em função do estado civil - c/ e s/ companheiro (teste U Mann-Whitney).....	44
Tabela 10- Diferenças na Satisfação com o Suporte Social em função do estado civil (teste U Mann-Whitney)	45
Tabela 11- Diferenças na Autoeficácia parental em função do n.º de filhos (teste U Mann-Whitney).....	45
Tabela 12- Diferenças na Satisfação com o Suporte Social em função do n.º de filhos (teste U de Mann-Whitney).....	46
Tabela 13- Diferenças na Autoeficácia parental em função das habilitações literárias (teste Kruskal-Wallis)	47
Tabela 14- Diferenças na Satisfação com o Suporte Social em função das habilitações literárias (teste Kruskal-Wallis).....	47

LISTA DE ABREVIATURAS

ACPPD- Atitudes e Comportamentos Parentais Promotores de Desenvolvimento

AEP- Autoeficácia Parental

AS- Atividade Sociais

CDPD- Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CN- Controlo Negativo

DA- Deficiência Auditiva

dB- Decibéis

DV- Deficiência Visual

EAEP- Escala de Auto-Eficácia Parental

EIS- Equilíbrio Independência- Segurança

ESSS- Escala de Satisfação com o Suporte Social

IN- Intimidade

LG- Língua Gestual

LGP- Língua Gestual Portuguesa

NE- Necessidades Especiais

NEE- Necessidades Educativas Especiais

ONU- Organização das Nações Unidas

PND- Permissividade, Negligência e Desinteresse

SA- Satisfação com Amigos

SF- Satisfação com a Família

RESUMO

No quadro das grandes questões sobre as pessoas adultas com incapacidade, constatamos que são escassos os estudos sobre a vida familiar e, especificamente, sobre as potencialidades e dificuldades no exercício da parentalidade, bem como a relevância do suporte social neste domínio. O presente estudo tem como objetivos: *i*) analisar os níveis de autoeficácia parental e de satisfação com o suporte social em pais com incapacidade; *ii*) conhecer a relação entre a autoeficácia parental e a satisfação com o suporte social e respectivas dimensões; *iii*) perceber as diferenças na autoeficácia parental e satisfação com o suporte social, em função do género, estado civil, habilitações literárias e número de filhos. Trata-se de um estudo quantitativo, não experimental e correlacional e, para o efeito, foi utilizada uma amostra não probabilística e de conveniência, composta por 30 pais com incapacidades sensoriais. Os instrumentos de recolha foram a “Escala de Autoeficácia parental” (Brites, 2010) e a “Escala de Satisfação com o Suporte Social” (Ribeiro, 2011). Os resultados sugerem que os níveis de autoeficácia dos pais e as suas dimensões são mais baixos em comparação com os resultados obtidos em estudos com amostras de pais sem incapacidade. Na satisfação com o suporte social, especificamente, na dimensão Satisfação com os Amigos, foram observadas diferenças estatisticamente significativas, considerando o estado civil e o número de filhos, bem como na escala total do suporte social em função do número de filhos. Conclusões: As análises apresentadas sugerem que esta linha de investigação sobre questões relativas ao direito de uma vida familiar plena necessita de um maior aprofundamento, nomeadamente, conhecer as barreiras e delinear estratégias de apoio socioeducativo para facilitar a autodeterminação das pessoas com incapacidade.

Palavras-chave: Incapacidade; Parentalidade; Suporte Social

ABSTRACT

In the scope of the issues regarding adults with disabilities, we verified that the studies about family life, specifically, about the difficulties and potentials on parenthood as well as the relevance of social support in this domain are scarce. This study aims to: *i*) analyze the levels of parental self-efficacy and the levels of satisfaction with social support on parents with disabilities; *ii*) know the relation between parental self-efficacy and the satisfaction with social support and respective dimensions; *iii*) understand the differences between parental self-efficacy and the satisfaction with social support regarding gender, marital status, educational qualifications and number of children.

This is a quantitative study, non-experimental and correlational, therefore it was used a sample of convenience and non-probabilistic compound by 30 parents with sensorial disabilities. The tools to collect the data were the “Self- Efficacy Scale” (Brites, 2010) and the “Social support satisfaction scale” (Ribeiro, 2011). The results suggest that the levels of parents’ self-efficacy and their dimensions are lower compared to the results from studies with a sample of parents with no disabilities. On the satisfaction with social support and the dimension of satisfaction with friends it was verified significant statistic differences considering marital status and number of children. Conclusions: The analysis presented suggest that this line of investigation about issues relating to the right to a full family life need a deeper assessment, namely, to know the barriers and plan socio-educational strategies to facilitate the self-determination of people with disabilities.

Key words: Disability; Parenthood; Social Support

INTRODUÇÃO

Todos nós pertencemos a uma família. Cada família tem muitas características em comum com outras famílias pertencentes ao mesmo meio, mas também possui as suas próprias características, com formas próprias de ver a vida e de se relacionar, dentro e fora de casa (Gimeno, 2001), o que a torna uma e única (Alarcão, 2006), com a sua individualidade e autonomia próprias (Silva, 2001).

Nas sociedades atuais, a cultura dominante tem valorizado aqueles que se enquadram nos padrões da sociedade, excluindo ou marginalizando aqueles que apresentam dificuldades na sua autonomia e autodeterminação. Frequentemente, as pessoas com deficiência e incapacidade sofrem com a discriminação e preconceito, obstaculizando a sua inclusão social (Felizardo, 2013).

Para a maioria dos adultos, incluindo adultos com incapacidade, a transição para a parentalidade é uma experiência marcante no seu desenvolvimento. O desejo de serem pais ultrapassa todos os limites culturais, físicos e políticos, contudo, para as pessoas com incapacidade este desejo inato tem sido sempre dificultado pelo estigma da sociedade e pelo preconceito (National Council on Disability, 2012).

Apesar do crescimento, a nível global, do número de adultos com incapacidade que se tornam pais e constituem uma família, a documentação sobre este tipo de população é extremamente limitada (National Council on Disability, 2012). Existem poucos dados e pouca pesquisa relativamente a estes pais, as suas necessidades e as suas experiências. Considerando a revisão da literatura, foi definido como principal objetivo deste projeto o estudo da autoeficácia parental e da perceção de suporte social, em pais com incapacidade.

Visando alcançar o objetivo proposto, o presente projeto encontra-se estruturado em dois capítulos. No primeiro capítulo, o enquadramento teórico, foi realizada uma análise da literatura existente no que respeita às temáticas, para uma melhor compreensão das mesmas, começando por enquadrar a família na abordagem sistémica. De seguida, é feita uma análise da parentalidade, autoeficácia parental e suporte social, considerando as principais teorias e modelos associados. Por fim, é feita uma apreciação à temática da incapacidade e das suas implicações no sistema familiar.

No capítulo II apresenta-se o plano de investigação, onde é feito o enquadramento metodológico deste projeto, onde são formulados os objetivos, definidos os participantes, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos e, finalmente, as técnicas de análise de dados. Seguidamente, é feita a discussão dos

resultados obtidos, para assim compreender e ir ao encontro dos objetivos traçados. No final, nas conclusões são apresentadas algumas considerações finais sobre o trabalho desenvolvido, apresentadas as suas limitações, assim como sugestões para investigações futuras na área em estudo.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A Família no quadro da abordagem sistémica

1.1. Funcionamento e estrutura da família

Quando pensamos em família, pensamos na nossa família de origem, associamos ao lugar onde nascemos e crescemos, ainda que, durante esse percurso possamos ir tendo mais do que uma família (Dias, 2011).

Para Relvas (2004) a família é uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos. É a primeira instituição social que assegura e responde a determinadas necessidades como amor, carinho, afeto, alimentação e proteção, sendo um sistema que muda em função do espaço e do tempo. Também é a partir da família que a criança desenvolve padrões de socialização, estabelece ligações emocionais, próximas e duradoras, fundamentais para o estabelecimento de relações futuras e para uma socialização adequada (Sousa & Filho, 2008).

Assim, a família é um conjunto de pessoas que vivem normalmente juntas, interagem entre si e estão emocionalmente ligadas (Silva, 2001). É um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interação (os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais) e é um espaço de vivências de relações afetivas profundas (a filiação, a fraternidade, o amor, entre outros) (Alarcão, 2006).

A família não é uma unidade fechada é, antes, um grupo institucionalizado que troca com o meio ambiente informações e experiências. Entra em interação com outras pessoas, grupos e contextos (como a família alargada, os amigos, os colegas de trabalho); com outros sistemas mais amplos (como a comunidade ou o bairro); e com acontecimentos externos (como as crises económicas ou as guerras) (Silva, 2001).

A família pode ser considerada como um sistema pois é composta por objetos e respetivos atributos e relações; contém subsistemas e é contida por diversos outros sistemas, ou supra-sistemas, todos eles ligados de forma hierarquicamente organizada e possui limites ou fronteiras que a distinguem do meio (Alarcão, 2006).

Desta forma, e em concordância com a teoria sistémica, que constitui o modelo predominante dos estudos da família, a família define-se como um sistema aberto, com uma finalidade e autorregulado (Gimeno, 2001). Nesta perspetiva sistémica ascende que à família competem dois níveis de funções com objetivos distintos,

nomeadamente, de função interna, que visa assegurar a proteção material e psicossocial dos seus membros, facilitando o seu desenvolvimento e a sua emancipação e de função externa, com o objetivo de favorecer a socialização e a transmissão de cultura (Dias, 2011).

A família, enquanto sistema aberto, possui as características: totalidade - ou seja, existe uma inter-relação e interdependência dos comportamentos de todos os elementos da família. O comportamento de cada um dos membros da família é indissociável do comportamento dos restantes e aquilo que acontece afeta a família no seu conjunto, tanto ao nível dos indivíduos como das relações no sistema; *feedback* - o sistema reage à informação vinda dos elementos ou ambiente, modificando o seu comportamento de forma a assegurar a sua própria continuidade; equifinalidade – corresponde à capacidade do sistema definir um objetivo ou uma finalidade em comum e autonomia- ao ser um sistema auto-organizado, a família aceita um conjunto finito de transformações estruturais, conservando sempre a sua organização (Reis, 2012).

Como referido, na família podemos identificar diferentes subsistemas, cada um deles com tarefas ou funções específicas fundamentais para o seu funcionamento, nomeadamente, o subsistema individual; o subsistema conjugal; o subsistema parental e o subsistema fraternal, este último constituído pelos irmãos, com funções específicas no que diz respeito ao treino de relações entre iguais (aprender a cooperar, a competir, a negociar, a fazer amigos e aliados) (Relvas, 2004). Cada indivíduo pertence a diferentes subsistemas, nos quais tem diferentes níveis de poder e onde aprende diferentes habilidades. Uma mulher pode ser uma filha, uma sobrinha, uma irmã mais velha, uma irmã mais nova, uma esposa, uma mãe, entre outros. Em diferentes subsistemas, ela ingressa em diferentes relações complementares (Minuchin, 1990). Assim, “cada elemento da família participa em diferentes sistemas e subsistemas, tendo simultaneamente diversos papéis consoante os contextos, o que implica diferentes estruturas, funções e tipos de interação com graus de maior ou menor intensidade, autonomia, e proeminência, diferentes níveis de poder e habilidade diferenciadas” (Silva, 2001, p.43).

A forma como se organizam estes subsistemas, o tipo de relações que se desenvolvem entre eles e no interior de cada um, denomina-se *estrutura* familiar, que representa a forma como se organizam os diferentes elementos, como se organizam as respetivas funções e papéis, sendo específico, de cada família, tornando-a única (Dias, 2011).

Para Minuchin (1990), a estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organizam as maneiras pelas quais os membros da família interagem. A estrutura familiar é consequência de transações e comunicações repetidas que levam à definição de padrões de relação (como, quando e com quem se relacionar), que regulam o comportamento dos seus membros (Silva, 2001).

Minuchin (1990) refere que os padrões transacionais, que regulam o comportamento dos membros da família, são mantidos por dois sistemas de repressão. O primeiro é genérico, que envolve as regras universais que governam a organização familiar. Por exemplo, deve existir uma hierarquia de poder, em que os pais e os filhos têm diferentes níveis de autoridade; no entanto, também deve existir uma complementaridade de funções, por exemplo, marido e mulher devem trabalhar como uma equipa interdependente. O segundo sistema de repressão envolve as expectativas mútuas de membros específicos da família. De acordo com o referido autor a origem destas expectativas perde-se em anos de negociações explícitas e implícitas entre os membros da família, muitas vezes já esquecidas.

Na estrutura da família torna-se ainda fundamental analisar e definir as relações horizontais (aquelas que ocorrem dentro do mesmo sistema ou subsistema, por exemplo, entre os irmãos) e as relações verticais (ou seja, as que acontecem entre diferentes subsistemas e sistemas, por exemplo, entre pais e filhos) (Alarcão, 2006). Este aspeto é fulcral no estudo da família, já que todas as famílias se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções de acordo com as expectativas sociais (Relvas, 2004).

A estrutura familiar vai-se alterando à medida que as circunstâncias de vida mudam; contudo, a família continua a constituir um esquema de referência para os seus elementos (Silva, 2001). O facto de os subsistemas terem funções diferentes mas estritamente relacionadas, de as mesmas pessoas poderem pertencer, em simultâneo, a diferentes subsistemas e de a estrutura familiar variar, de forma adaptativa, ao longo do ciclo de vida da família, tudo isto conduz para uma definição clara de limites ou fronteiras (Alarcão, 2006).

As fronteiras de um subsistema são as regras que definem *quem* participa e *como* (Minuchin, 1990). Estas permitem regular a passagem de informação entre a família e o meio, assim como entre os diversos subsistemas (Alarcão, 2006).

Minuchin (1990) distingue três tipos de limites: os claros, que delimitam o espaço e as funções de cada membro ou subsistema, permitindo a troca de influências entre os mesmos; os difusos, marcados por uma grande permeabilidade que faz

dificultar a diferenciação dos subsistemas; e os rígidos, que dificultam a comunicação e a compreensão recíprocas. De acordo com o mesmo autor, para um funcionamento eficaz da família, as fronteiras dos subsistemas devem ser nítidas para que cada membro do subsistema desempenhe as suas funções, sem interferências indevidas, mas devem admitir contacto entre os membros do subsistema e outros.

A partir da diferenciação e permeabilidade dos limites, as famílias podem ser classificadas, segundo Minuchin (1990), como famílias emaranhadas e desmembradas. As primeiras são dominadas por movimentos centrípetos e fecham-se sobre si mesmas. Estas famílias promovem um grande nível de intercâmbios e de preocupações entre os diferentes elementos e assim, estabelecem fronteiras rígidas com o exterior. Já as famílias desmembradas são dominadas por movimentos centrífugos que estabelecem fronteiras excessivamente rígidas no seu interior e difusas com o exterior. Os membros destas famílias funcionam de forma individualista, os intercâmbios comunicacionais entre os subsistemas são difíceis e as funções de proteção da família são poucas.

Apesar de todas as famílias funcionarem como tal, não há duas famílias iguais. Desde criança, o comportamento de cada elemento é influenciado pela família a que pertence, com isto, surge o desenvolvimento de um sentimento de pertença ao grupo familiar com que se identifica, mas também a tomada de consciência, autonomização e individualização. Para alcançar a autonomia é necessário participar nos diferentes subsistemas e contextos familiares, além de participar em grupos extra familiares (Alarcão, 2006).

A família é, assim, um elemento fundamental no desenvolvimento psicossocial dos seus membros e, como sistema sociocultural aberto e em transformação, requer flexibilidade e responsabilidade compartilhadas (Silva, 2001).

1.2. O Desenvolvimento familiar

A família, como vimos, é entendida como um sistema e deve ser analisada como um todo, onde, cada membro é o que é por si mesmo e pelas relações que estabelece com os outros. É de supor que também ela sofra um processo de desenvolvimento no sentido da sua evolução, complexificação (Dias, 2011).

O desenvolvimento familiar envolve a mudança da família enquanto grupo, bem como as mudanças nos seus membros individuais, ao nível de três componentes: funcional, interacional e estrutural e o carácter desenvolvimentista desta abordagem reside especificamente na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas

bem definidas; a essa sequência dá-se o nome de *ciclo vital* e essas tarefas caracterizam as suas etapas (Relvas, 2004). É importante referir que a conceitualização do ciclo vital da família, e das suas diferentes tarefas, tem sido feita tendo como referência a família nuclear tradicional (composta pelo pai, mãe e filhos, e a idade e evolução do filho mais velho) (Alarcão, 2006).

O ciclo vital da família possui duas interfaces desenvolvimentais: indivíduo/família e família/meio sociocultural (Relvas, 2004). Outro aspeto fundamental é de que em todas as classificações, as etapas do ciclo vital da família estão muito bem organizadas sequencialmente, o que normalmente não acontece nas famílias reais. O que cada família mostra é que as etapas de desenvolvimento se podem sobrepor (há, por exemplo, famílias com filhos pequenos e filhos adolescentes) (Silva, 2001).

As etapas que marcam a vida familiar estão relacionados com entradas ou saídas no sistema, pelo que o ciclo vital seria marcado por sucessivas crises de acesso (junção, entrada de um novo membro) ou de desmembramento (perda, saída de um elemento) (Relvas, 2004).

A conceitualização do ciclo vital da família tem como grande objetivo mostrar a importância da continuidade nas relações humanas, nomeadamente familiares (Relvas, 2004). A maioria dos autores considera que o ciclo de vida familiar se inicia no casamento. Assim, e em concordância com Relvas (2004), a primeira etapa do ciclo vital da família corresponde à *formação do casal*, na medida em que a família nuclear surge nesta fase. Esta é uma *nova família* e um novo sistema, com normas e padrões transacionais próprios e específicos com características próprias.

Assim, o casamento não significa a união de dois indivíduos, mas a representação da ligação de dois sistemas, de duas famílias (Relvas, 2004). Com o sistema conjugal constituído, vai iniciar-se um processo de permanente descoberta dos seus elementos, ao longo das diferentes fases do ciclo da vida familiar (Silva, 2001). O modelo familiar escolhido, único a cada sistema, vai sendo permanentemente alterado e ajustado, podendo afirmar-se que “o casal nunca é uma entidade completamente formada” (Relvas, 2004, p.72).

A segunda etapa- *Família com filhos pequenos*- surge com o nascimento do primeiro filho e inicia-se uma nova fase de transição do ciclo vital da família (Relvas, 2004). A transição para a parentalidade promove alterações do sistema familiar, o que implica que o casal faça reajustes para alcançar um novo equilíbrio, no qual passa a ser incluído um novo membro familiar- um filho- e com isto, um novo subsistema, o parental (Pires, 2008). Assim, a díade alarga-se a uma tríade e a transformação

afetiva dos pais é acompanhada de uma redistribuição de papéis e funções a três níveis fundamentais: no seio do próprio par, nas relações entre marido e mulher; nas famílias de origem; e nas relações com os contextos envolventes mais significativos (profissional, de amizades, rede de suporte social) (Relvas, 2004).

A construção do novo modelo de parentalidade resulta da articulação de quatro modelos inerentes a esta função (Alarcão, 2006). Ainda que o subsistema parental comece por construir um modelo de parentalidade resultante dos da família de origem, é a evolução familiar e os contextos e vivências da própria família que vão desenvolver o modelo de parentalidade (Sousa, 2006).

Com o aparecimento do primeiro filho instala-se na família nuclear uma hierarquia natural com os respetivos estatutos e níveis de poder e autoridade. Surgem, assim, duas gerações que diferem em termos de capacidades, potencialidades e necessidades: uma que é prestadora de cuidados e outra que é objeto dos mesmos (Relvas, 2004).

Com a entrada ou saída de um elemento na família diversos papéis e relações têm que ser ajustados (Relvas, 2004). Com o nascimento de mais uma criança complexifica-se o número de díades e tríades, apesar dos papéis familiares serem semelhantes, na realidade, não é possível desempenhar a função parental da mesma forma com diferentes filhos (Alarcão, 2006).

Com o aparecimento de um segundo filho nasce outro subsistema, de igual modo importante, o subsistema fraternal. Este permite a aprendizagem e treino de relações horizontais, implica o desempenho de novos papéis e o estabelecimento de novas funções (Alarcão, 2006).

A terceira etapa- *Família com filhos na escola*- surge com a entrada da criança na escola e é o primeiro grande teste à capacidade familiar no que respeita ao cumprimento da função externa de socialização e adaptação à cultura. A escola, como instituição, completa o papel educativo da família e também surge como instrumento social de avaliação de desempenho das funções das famílias (Relvas, 2004). Deste modo, a família e a escola tornam-se os dois promotores de aprendizagem e desenvolvimento para a criança, com papéis e competências específicas e complementares (Silva, 2001).

Para a criança, a entrada na escola primária simboliza o acesso ao conhecimento dos adultos, em que aprende a ler, a escrever e a contar (Alarcão, 2006). Constitui o primeiro teste à sua individualidade, ao poder de pensar e de reconhecer o mundo de forma autónoma (Silva, 2001).

É com a entrada dos filhos na escola que a família se confronta com a primeira crise de desmembramento, o que implica, em termos internos, a separação e em termos externos, o início da relação com um sistema novo, bem organizado e altamente significativo (Relvas, 2004).

Para ultrapassar esta crise evolutiva do sistema familiar, a família terá que rever e alterar vários aspetos como a redefinição de horários e partilha das tarefas parentais (quem acompanha a criança à escola), alteração dos espaços em casa (criação de uma zona de estudo), mudanças e ajustamentos relacionais (Silva, 2001) e de reajustes em termos económicos (Alarcão, 2006).

Na família e na escola há dois sistemas executivos claros, onde as relações são verticais: os pais e os professores. A eles compete impor limites entre subsistemas e entre indivíduos e definir regras que criam e clarificam papéis. As relações horizontais estão também presentes na escola através do grupo de pares (Alarcão, 2006).

A quarta etapa- *Família com filhos adolescentes*- é a etapa mais longa e mais difícil do ciclo vital, considerada como uma crise importante no contexto familiar (Relvas, 2004; Kalina, 1999).

Nesta etapa há uma transição do indivíduo, da infância para a idade adulta, sendo imprescindível o alargamento dos espaços individuais no seio familiar (Relvas, 2004). O adolescente, evolui de um estado de intensa dependência para uma condição de autonomia pessoal (Silva & Mattos, 2004), o que terá consequências na relação com os pais, e assim, originar situações de conflito e tensão, obrigando a negociações (Silva, 2001). Apesar da importância da manutenção das relações verticais entre pais e filho, é também, necessário que se ajuste essa verticalidade, que as negociações aumentem e que se flexibilizem, com coerência, as regras familiares (Alarcão, 2006).

Nesta etapa do ciclo vital da família emergem tarefas familiares: a recentração na vida conjugal e profissional, por parte da idade adulta, e o início do seu apoio à geração mais velha. Em qualquer um dos casos há uma reorganização familiar que se impõe (Alarcão, 2006). No final desta etapa, os pais já estão, de certo modo, preparados para a saída dos filhos de casa (Relvas, 2004).

A quinta etapa- *Família com filhos adultos*- caracteriza-se por momentos de crise intergeracionais. Com o aumento significativo da esperança média de vida, as famílias deixam de ser compostas em média por duas gerações para passarem no

mínimo a três, duas delas de adultos, criando-se, desta forma, condições para que a família seja multigeracional (Relvas, 2004).

As novas tarefas que a família vai ter de cumprir assentam na renegociação da relação conjugal, parental e filial; redefinição dos limites com as diferentes gerações e transformação de papéis. Nesta etapa, o casal deve facilitar a saída dos filhos adultos de casa, preparados para assumir uma vida autónoma, para construir a sua própria família e, também, aprender a lidar com o envelhecimento, articulando entre a dependência e a independência de gerações diferentes, a dos seus pais e dos seus filhos, respetivamente (Silva, 2001; Alarcão, 2006). É aqui que se situa o intercruzamento de gerações.

Neste contexto, surge outra característica desta etapa: depois de um período estável, em termos de composição familiar, o número de entradas e saídas no sistema aumentam. Com a saída dos filhos há novas entradas como os genros, noras e netos, concretizando a ligação entre famílias de origem diferentes. Outra entrada, as gerações mais idosas (pais dos pais) que, pouco depois, saem, de novo, por hospitalização ou morte (Relvas, 2004).

Este movimento de entrada e saída conduz à interseção de diversas crises, implicando adaptações e uma flexibilidade do sistema e das capacidades relacionais dos seus elementos (Pires, 2008). Nas famílias multigeracionais o duplo papel simultâneo de pais (dos filhos) e filhos (dos pais) levaram ao aparecimento da designação “geração sanduiche” (Relvas, 2004).

O período “acordeão”, apesar de redutor, no que respeita à importância do casal, é muito significativo quando aponta para a necessidade da flexibilidade intergeracional que é essencial nos últimos anos de vida de cada sistema familiar. Este período da vida familiar, em que há uma diminuição do poder parental e a saída de elementos, denominada de “ninho vazio”, simboliza a dificuldade do casal ao recontratar-se sozinho no seu “ninho”, agora “vazio de filhos” (Relvas, 2004).

Concluindo, a família terá de ser capaz de enfrentar várias mudanças ao longo das várias etapas. É através da dinâmica utilizada pela família que moldará o seu êxito e enfrentará as situações de fracasso (Sousa, 2006).

2. Parentalidade, eficácia parental e suporte social

2.1. Parentalidade: conceito e dimensões

Ser pai ou mãe é uma das tarefas mais admiráveis e desafiantes que pode competir a um ser humano; contudo, a parentalidade também é descrita como uma

das tarefas mais complexas, exigentes e com enormes desafios e obrigações para o ser humano, ou seja, a capacidade de proteger, educar e promover a integração da criança no meio social (Alarcão, 2006; Strecht, 2015). Estas funções podem estar a cargo não só dos pais biológicos, mas também de outros familiares e outras pessoas que não sejam da família (Sousa, 2006). Assim, enquanto cuidadores da criança, os pais, ou seus substitutos, tornam-se os principais agentes da sua socialização, aos níveis comportamental, emocional e de desenvolvimento cognitivo (Brás, 2008).

Cruz (2005) refere cinco funções da parentalidade, nomeadamente, a satisfação das necessidades básicas de sobrevivência e saúde da criança; a disponibilidade de um mundo físico organizado e previsível, com espaços, objetos e tempos de maneira a que a criança sinta a existência de rotinas; a terceira função da parentalidade relaciona-se com a resposta às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares, pois é através dos pais que a criança entra em contacto, conhece e interage com o mundo físico e social que a rodeia; a quarta função prende-se com a satisfação das necessidades de afeto, confiança e segurança da criança e, por último, a quinta função resulta das necessidades de integração social da criança e da sua integração na comunidade.

As práticas educativas parentais são estratégias que têm como objetivo eliminar comportamentos indesejáveis e promover comportamentos desejáveis (Weber, Prado, Viezzer, & Brandenburg, 2004), cujo objetivo é facilitar a socialização e a integração (Santos, 2012). Podem definir-se os estilos parentais como “um conjunto de práticas educativas utilizadas pelos pais na interação com os filhos” (Gomide, Salvo, Pinheiro, & Sabbag, 2005, p.169). Sendo assim, as práticas parentais (comportamentos) são exercidas a partir da avaliação dos estilos parentais (atitudes), ou seja, as práticas parentais mais frequentes darão origem a um estilo parental (Brás, 2008; Darling & Steinber, 1993, cit. por Dias, 2013).

Existem duas práticas parentais que os pais podem utilizar no decorrer das interações: as práticas parentais coercivas e as práticas parentais não coercivas ou indutivas. As práticas coercivas referem-se a práticas que utilizam a aplicação direta do poder dos pais (Hoffman, 1975, cit. por Ceconello, Antoni, & Koller, 2003) e estas incluem a punição física e privação de privilégios, recorrendo a ameaças, obrigando a criança a adequar o seu comportamento às reações punitivas dos pais. Este tipo de práticas provoca, muitas vezes, emoções intensas, como hostilidade, medo e ansiedade, interferindo na capacidade da criança para ajustar o seu comportamento a

cada situação, além de gerar sentimentos de fracasso, baixa autoestima e autoconfiança, prejudicando a relação entre pais e filhos (Cecconello et al., 2003).

As práticas não coercivas ou indutivas, por outro lado, envolvem práticas educativas que comunicam à criança o desejo dos pais de que ela modifique o seu comportamento, induzindo-a a obedecer-lhes (Hoffman, 1975, cit. por Cecconello et al., 2003); ou seja, direciona a atenção da criança para as consequências que o seu comportamento tem para si e para os outros e apoiam-se em explicações sobre regras, princípios e valores (Magalhães, 2012). Este tipo de práticas favorece o desenvolvimento da autonomia individual dos filhos e são responsáveis por uma melhor compreensão dos padrões sociais, morais e comportamentais (Santos, 2012). Desta forma, facilitam a construção de uma melhor autoestima e autoconfiança, promovem a motivação e o sentido de responsabilidade dos jovens e os pais são percebidos como figuras de suporte e apoio (Pacheco, Silveira, & Schneider, 2008, cit. por Santos, 2012).

Os estilos educativos parentais, por seu turno, permitem identificar as diferenças quanto ao desempenho do papel de pais, de administração da autoridade e do estabelecimento da relação afetiva com os filhos (Ballenato, 2015). Para este autor, os estilos educativos parentais podem ser agrupados em quatro tipos diferentes o estilo autoritário ou autocrático – “é um modelo coercivo, repressivo, ditatorial, baseado na imposição, na severidade e na submissão” (Ballenato, 2015, p.96). É através da força que a autoridade dos pais é imposta e inquestionável (a comunicação que se estabelece com os filhos é unidirecional, sendo o diálogo desvalorizado) (Ballenato, 2015). Estes pais não promovem a independência e a individualidade dos filhos, as regras e limites são impostos sem que as crianças/ jovens compreendam o motivo, não há hipótese para negociações (Agostinho, 2009). As crianças com pais autoritários costumam ser muito obedientes, demonstram estado de carência e são menos criativas e originais na sua forma de ser (Casarim & Infante, 2006).

O estilo democrático “é positivo, baseado na recompensa, nos reforços, no reconhecimento e nos elogios” (Ballenato, 2015, p.97). A comunicação estabelecida entre os pais e os filhos é bidirecional, onde os direitos e os deveres de toda a família são reconhecidos. Neste modelo, os pais permitem a participação dos filhos, aceitam as suas opiniões e têm-nas em consideração, no que se refere à tomada de decisões, no entanto, quem manda e decide são os pais. A firmeza e a flexibilidade são conjugadas neste modelo. O controlo exercido por estes pais é consistente, mas sem restrições excessivas, há igualmente o cumprimento de algumas normas; porém, estas

normas são razoáveis e são estabelecidas a partir de critérios mais tolerantes. Assim, os pais que apresentam este estilo educativo contribuem para a promoção da autonomia do filho e para o desenvolvimento da sua personalidade e das suas capacidades (Baumrind, 1996; Ballenato, 2015).

No estilo permissivo ou liberal não são estabelecidas regras, nem limites. Não existe uma estrutura, nem uma organização específica de um modelo. Os pais limitam-se a dar à criança uma liberdade absoluta para que tomem as suas próprias decisões, sem uma fonte segura de auxílio que os direcione (Agostinho, 2009). A falta de normas, de controlo e a tolerância excessiva evidenciam que os pais não sabem exercer, adequadamente, a sua autoridade. A educação destas crianças será consequência das pessoas com quem se vão relacionar, dos contextos em que se desenvolverem e das aprendizagens que obtiverem; sendo, por isto, difícil de prever os resultados dada a falta de uma base e orientação específicas (Ballenato, 2015). Estas crianças tendem a ter menos controlo sobre a sua própria vida, são emocionalmente imaturas e revelam poucas habilidades cognitivas e sociais (Casarín & Infante, 2006).

No estilo paternalista ou superprotetor, os pais controlam e supervisionam praticamente tudo para proteger o filho, muitas vezes chegam a tomar decisões por ele. Os pais superprotetores ocupam-se e preocupam-se excessivamente com os filhos e tentam evitar as mais pequenas consequências negativas derivadas dos seus atos. Neste estilo são estabelecidas algumas regras, no entanto, os limites não são claros. As relações estabelecidas entre os pais e o filho são afetivas, mas a dependência emocional e pessoal acaba por colocar em risco a autonomia do filho, o desenvolvimento da sua personalidade, a sua autoestima e o seu valor (Ballenato, 2015).

Naturalmente, é difícil encontrar pais que estejam em plena concordância em tudo o que se refere à educação dos filhos. O fundamental é que, em conjunto, estabeleçam o maior nível de acordo possível, e que, quando confrontados com os filhos, sigam um critério unânime (Ballenato, 2015).

2.2. Autoeficácia parental (AEP) e desenvolvimento da criança

Dentro do sistema familiar, cada pessoa desempenha, simultaneamente, diferentes papéis/funções, com exigências, necessidades e obrigações diversas, o que pressupõe diferentes níveis de autoeficácia e, assim, diversas formas de

funcionamento individual e familiar (Caprara, Regalia, Scabibi, Barbaranelli, & Bandura, 2004).

Segundo Bandura (1977), a autoeficácia refere-se à crença ou expectativa de que é possível, através do esforço pessoal, realizar com sucesso uma determinada tarefa e alcançar um resultado desejado. Se a autoeficácia é uma crença, o facto de alguém se considerar como eficaz não significa que o seja. Significa, sim, que a forma como avalia as suas capacidades, lhe dá a percepção de ser detentor desse nível de desempenho. Assim, a autoeficácia é um conceito subjetivo e autodeterminado (capacidade de cada pessoa refletir sobre si própria), que resulta de uma construção individual e de um processo interno de avaliação (Brites, 2010).

De acordo com Bandura (1997), a autoeficácia desenvolve-se em cada pessoa, pela ação de quatro fontes de influência. A primeira são as experiências de mestria, ou domínio (sucesso/insucesso), na medida em que uma experiência de sucesso contribui para a construção de uma forte eficácia pessoal; pelo contrário, se a experiência for de insucesso a crença na sua eficácia pessoal diminui. A segunda fonte de influência resulta da experiência vicariante proporcionada por modelos sociais, na medida em que uma pessoa, ao assistir ao sucesso de outra com quem se ache parecido, aumenta a sua crença de que também possui competências para ser bem-sucedido; num processo comparativo, ao observar as ações dos outros, o observador fica atento para consequências positivas ou negativas daquelas ações, podendo vir a adotar aquelas como referência para si, caso se identifiquem como modelo (Costa, 2008). A terceira fonte de influência é a persuasão social, em que persuadir verbalmente uma pessoa de que possui as competências necessárias para desempenhar com sucesso determinadas tarefas leva a que esta não desista e se esforce, quando surgirem dificuldades e dúvidas a respeito de si própria. A última fonte está relacionada com o estado físico, o estado emocional e o estado de humor da pessoa. Quando as pessoas manifestam reações de stresse, tensão ou ansiedade são interpretadas como sinais de vulnerabilidade ou de fraco desempenho; já se manifestarem estados de tensão, fadiga ou dor são interpretados como indicadores fisiológicos de ineficácia (Bandura, 1997).

Aplicando o modelo de Bandura ao domínio parental, a percepção de autoeficácia parental refere-se ao grau em que os pais se sentem competentes e confiantes na resolução de problemas relativos aos seus filhos (Roque, 2013). Para Ardelet e Eccles (2001), a autoeficácia parental respeita as crenças dos pais relativamente à sua capacidade para influenciar a criança e o seu meio, de forma a

facilitar o seu desenvolvimento e sucesso. Neste sentido, há que distinguir dois aspetos: a autoeficácia parental (ser eficaz) e as crenças de autoeficácia parental (sentir-se eficaz) (Roque, 2013). No que se refere à autoeficácia parental, podemos afirmar que os pais são eficazes nas suas tarefas parentais, quando desempenham o seu papel com sucesso, demonstrando persistência perante adversidades e utilizando mecanismos de *coping* adequados. As crenças de autoeficácia parental referem-se, por sua vez, às capacidades que os pais acreditam possuir para atingir determinados níveis de desempenho, ou seja, as perceções que possuem sobre a sua própria competência parental, as quais parecem estar significativamente relacionadas com a satisfação parental (Bandura, 1997).

Sabatelli e Waldron (1995) referem que a satisfação parental corresponde às atitudes parentais em relação aos seus filhos e às responsabilidades da parentalidade. Existem, segundo Goodnow e Collins (1990) três aspetos que podem atuar como fontes de satisfação parental, designadamente, quando os pais sentem que são capazes de atuar em conformidade com as suas ideias, assegurando uma coerência entre princípios e valores educativos parentais e os seus comportamentos; quando percecionam uma concordância entre o comportamento e as realizações da criança com as expectativas que tinham relativamente a ela; e quando se sentem competentes no seu papel de pais.

Outra das dimensões inerentes ao conceito de autoeficácia é o controlo (Brites, 2010; Caprara et al., 2004). Contrada e Goyal (2004) referem que o indivíduo eficaz é aquele que se considera apto a controlar os seus próprios resultados, perceção que adquire particular relevância no domínio da parentalidade. O desenvolvimento do contexto familiar, fundamental para as interações familiares, é influenciado pela forma como os pais exercem o controlo (Cloutier, 2005, cit. por Brites, Martins, & Nunes, 2011). Esta capacidade dos pais implica, simultaneamente, um ato de controlo sobre si próprios (traduz-se nas competências parentais relativas aos métodos educativos, manifestas no comportamento da criança) e sobre as regras familiares (possibilita que os valores e as ideias da família transpareçam das condutas parentais) (Brites et al., 2011).

A autoeficácia pode ser dimensionada enquanto autoeficácia positiva e autoeficácia negativa (Brites, 2010). A primeira, considera as atitudes e comportamentos parentais promotores de desenvolvimento, bem como o equilíbrio entre a independência e a segurança. A segunda, prevê a permissividade, a negligência e o desinteresse, além do controlo negativo.

O construto de autoeficácia parental tem sido referenciado por diversos investigadores como: um antecedente, uma consequência, um moderador, ou como uma variável transacional, em função da conceitualização e da aplicação particular (Jones & Prinz, 2005). Como antecedente, refere que os pais que possuem um nível alto de autoeficácia parental demonstram confiança nas suas práticas parentais, enquanto aqueles que demonstram baixa autoeficácia parental podem ter mais dificuldade na sua relação com os filhos, sobretudo em situações desafiadoras.

Numa abordagem mais ecológica, a autoeficácia pode operar como uma consequência. Por exemplo, os pais com baixo nível socioeconómico e com pouco apoio social podem, por consequência, experienciar um baixo sentimento de autoeficácia parental o que compromete o seu desempenho enquanto pais. Outra situação refere que os pais ou cuidadores de crianças com problemas ou limitações graves, como crianças com necessidades educativas especiais, podem afetar consideravelmente o seu sentimento de autoeficácia parental (Jones & Prinz, 2005).

A autoeficácia parental também pode ser considerada como uma variável mediadora numa relação entre variáveis ambientais e a competência dos pais (Afonso, 2011).

A autoeficácia parental pode ainda operar como uma variável transacional. Por exemplo, os pais com maiores níveis de autoeficácia parental possuirão, provavelmente, expectativas otimistas sobre as suas vidas (enquanto pais). Estes pais, geralmente, são mais autoritativos e consistentes nas suas interações com as crianças (Brites, 2010) confiam nas suas capacidades em controlar a situação, sentem-se competentes, recorrem a estratégias promotoras e agem focalizados nas tarefas, através do estabelecimento de planos e objetivos (Ardelt & Eccles, 2001), conseqüentemente, melhores resultados quanto à educação e desenvolvimento das crianças, aumentando o sentimento de autoeficácia parental. De igual modo, os pais que demonstram níveis baixos de autoeficácia parental, face a situações desafiadoras podem manifestar sentimentos de frustração e de pouca satisfação no seu papel enquanto pais, tendo como consequência resultados poucos satisfatórios com os seus filhos, tornando, assim, comprometida a sua autoeficácia parental (Ardelt & Eccles, 2001).

Posto isto, a autoeficácia pode atuar como fator psicológico de proteção ou de risco sendo fundamental o estudo da autoeficácia parental no âmbito das relações pais-filhos. A autoeficácia parental terá consequências diretas no comportamento da própria criança, na medida em que os comportamentos parentais positivos estão

associados a níveis elevados de autoeficácia que, por seu turno, contribuem para o sentimento de eficácia da própria criança (Brites et al., 2011).

2.3. Suporte social e efeitos no bem-estar familiar

Cada pessoa responde de forma diferente perante situações stressantes; no entanto, há fatores que intervêm contra os efeitos negativos do stress, como o suporte social (Madeira, 2013).

Rodriguez e Cohen (1998) definem suporte social como sendo um processo transacional que envolve uma interação entre o indivíduo e a sua rede de apoio. Através das relações interpessoais e das redes sociais, os indivíduos gerem os recursos psicológicos e materiais disponíveis de forma a melhorar as suas capacidades de lidar com acontecimentos stressantes, para satisfazer as suas necessidades sociais e para alcançar os seus objetivos (Rodriguez & Cohen, 1998).

Podem ser distinguidos diferentes tipos de suporte social: suporte social recebido e suporte social percebido. O suporte social recebido refere-se ao suporte que foi efetivamente recebido por alguém, já o suporte social percebido refere-se ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se necessitar dele. Outra distinção possível diferencia suporte social descrito de suporte social avaliado. O suporte social descrito refere-se à presença de um tipo particular de comportamento de suporte, o suporte social avaliado refere-se a uma avaliação de como esse comportamento de suporte é percebido, se satisfatório ou útil (Gargurevich, Chaparro, & Luyten, 2007).

Verifica-se um consenso geral de que o domínio do suporte social é multidimensional, e que diferentes aspetos do suporte social têm distintos impactos em indivíduos e em grupos (Ribeiro, 2011).

O suporte social pode ser caracterizado em função do tipo de fonte: informal e formal. A fonte de suporte informal inclui os indivíduos com os quais existe proximidade emocional e afetiva, tais como: familiares, amigos, cônjuge, vizinhos ou colegas e grupos sociais (clubes, igreja, entre outros), que podem fornecer apoio nas atividades da vida diária. A fonte de suporte informal abrange as organizações sociais formais, como sejam: hospitais, serviços de saúde, programas governamentais e profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros), os quais estão organizados para proporcionar assistência ou apoio às pessoas com maior fragilidade pessoal e social (Dunst & Trivette, 2010).

O suporte social também pode ser aferido conforme o tipo de apoio que uma pessoa recebe, efetivamente, dos outros, considerando-se as três categorias: suporte emocional, suporte material e suporte informativo (McWilliam & Scott, 2001). O primeiro, também denominado como psicológico, refere-se à pertença a um grupo e é percebido como expressão de carinho, empatia, cuidados e preocupação do outro (Cohen & McKay, 1984, cit. por Silva, 2015). Este apoio emocional é importante para todas as famílias, pois permite atuar em situações de isolamento e no aparecimento de sintomatologia depressiva (McWilliam, 2012). O suporte material inclui o acesso aos recursos financeiros e físicos de que as famílias precisam para enfrentarem obstáculos e atingirem as suas metas e objetivos. Nos apoios materiais incluem-se a alimentação, habitação, roupas, equipamento médico, entre outros (McWilliam, 2012). Finalmente, o suporte informativo considera os recursos que respondem às necessidades das famílias de conhecimento e compreensão. Algumas famílias poderão ter pouca informação, por exemplo sobre crianças com necessidades educativas especiais, e através dos profissionais de intervenção precoce poderão obter grande parte da informação necessária (McWilliam, 2012), que ajuda o indivíduo na resolução de problemas e/ou em tomadas de decisão (Silva, 2015).

Dunst e Trivette (2010) sugerem a existência de cinco componentes do suporte social interligados. Os componentes identificados são o componente constitucional, que inclui as necessidades e a congruência destas com o suporte existente; o componente relacional, que considera o estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais; o componente funcional, relativo ao suporte disponível, tipo de suporte, qualidade de suporte, e a quantidade de suporte; o componente estrutural, nomeadamente, proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência; e, finalmente, o componente satisfação, que inclui a utilidade e a ajuda fornecidas.

Relativamente ao bem-estar, os mesmos autores apresentam as seguintes dimensões de suporte social que se têm mostrado importantes: o tamanho da rede social, abrangendo o número de pessoas da rede de suporte social; a existência de relações sociais, incluindo as relações particulares como o casamento, às relações gerais como a pertença a grupos sociais; a frequência de contactos (quantas vezes o indivíduo contacta com os membros da rede social); a necessidade de suporte, manifestada pelo indivíduo; o tipo e quantidade de suporte disponibilizado pelas pessoas que compõem as redes sociais existentes; a congruência para referir a

extensão em que o suporte social disponível emparelha com a que o indivíduo necessita; a utilização, para referir a extensão em que o indivíduo recorre às redes sociais enquanto necessita; a dependência, que exprime em que medida o indivíduo pode confiar nas redes de suporte social quando necessita; a reciprocidade, para exprimir o equilíbrio entre o suporte social recebido e fornecido; a proximidade, que exprime a extensão da proximidade sentida para com os membros que disponibilizam suporte social; e, finalmente, a satisfação, que exprime a utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o suporte social (Dunst & Trivette, 2010).

A satisfação com o suporte social pode incluir fatores relacionados com a satisfação com os amigos, com a família e com a realização de atividades sociais (Ribeiro, 2011).

Segundo Filho e Burd (2004) a família é, em geral, a fonte mais importante tanto de apoio social como de stresse para os seus membros. Singer e Lord (1984, cit. por Ribeiro, 2011) referem que o suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stresse e a não existência de suporte é fonte de stresse e a perda de suporte social é um stressor. Assim, o suporte social constitui um importante mecanismo no bem-estar individual e na qualidade do funcionamento familiar, pois quando surgem momentos de crise a família constitui uma variável reguladora (Sarason & Sarason, 2009).

Deste modo, o suporte social manifesta-se como uma variável fundamental para o exercício da parentalidade (Relvas, 2004), onde a satisfação com o apoio social é essencial para o bem-estar físico e psicológico (Bonds, Gondoli, Sturge-Apple, & Salem, 2002). O suporte social, positivo e de elevada qualidade, promove a superação de situações adversas no desempenho das tarefas parentais e exerce uma influência protetora que permite aos pais verem-se como mais eficazes e responder mais apropriadamente às necessidades da criança (Martins, 2013)

3. Incapacidades, Parentalidade e Suporte Social

3.1. Incapacidade auditiva e visual: concetualização e análise

A cultura dominante tem valorizado apenas aqueles que se enquadram nos padrões (estéticos, culturais e religiosos) impostos pela sociedade, excluindo os que não se enquadram. Essas pessoas, a quem a sociedade denomina deficientes (ou pessoas com Necessidades Especiais), sofrem com a discriminação e com preconceitos, gerando a exclusão social (Maia et al., 2011).

A incapacidade é a restrição ao acesso de participação na vida privada e pública como resultado de barreiras institucionais, físicas e sociais (Clarke & McKay, 2013).

De entre as várias incapacidades, vamos atender na deficiência sensorial, mais concretamente, na deficiência auditiva e deficiência visual (Maia et al., 2011).

A audição é a via fundamental através da qual a criança desenvolve normalmente a fala e a linguagem e é a base de muitas aprendizagens posteriores. A surdez caracteriza-se como um problema sensorial não visível, que acarreta dificuldades na receção, percepção e reconhecimento de sons (Silva, Pereira, & Zanolli, 2007).

A deficiência auditiva (DA) pode definir-se como a perda de audição parcial ou completa, também denominada por deficiência auditiva ou hipoacusia (Paço, Branco, Moreira, Carocha, & Henriques, 2010). Pode ser classificada consoante o grau de perda auditiva, identificado nos exames audiométricos; assim, perda de audição ligeira (21-40 decibéis (dB)), a fala é percebida se a voz for normal e só surgem dificuldades se a voz tiver um tom grave ou se estiver distante do sujeito; perda de audição moderada (41-70 dB), a fala é percebida se a voz for alta; perda de audição severa (71-100 dB), a fala não é percebida, apenas os sons muito altos são percecionados, perda de audição profunda (acima de 100 dB) e a cofose (superior a 120 dB), onde nada é percebido e se verifica uma ausência total de audição (BIAP, 1997, cit. por Carmo, 2011).

Etiopatogenicamente, a surdez pode ser classificada como surdez congénita, quando nasce com o indivíduo ou como surdez adquirida, quando surge tardiamente ao longo da vida (Paço et al., 2010). As causas de surdez congénita podem ser sindrómicas, surgindo em contexto de Síndrome de Alport, Usher, Pendred, entre outros; congénitas não hereditárias, desenvolvida no período pré-natal, como a sífilis congénita, rubéola materna, a exposição a radiações, entre outros. Por sua vez, a surdez adquirida pode surgir em qualquer momento da vida, em consequência de uma determinada patologia ou situação, são exemplos, as otites médias e as respetivas complicações, a meningite, as infeções virais, a exposição ao ruído, entre outras (Nunes, 2013).

O prognóstico depende do tipo de surdez, do momento do seu aparecimento e da intervenção, do tratamento, da própria criança e do grau de aceitação da família. Quanto mais precoce for o tratamento da criança com deficiência auditiva, melhores serão os resultados (Jiménez, Prado, Moreno, & Rivas, 1997). Perante a surdez,

podem considerar-se duas posições, a oralista e a gestual. O sistema oralista procura a aquisição da linguagem oral, sem a intervenção de nenhum sistema estruturado e de gestos, apoiando-se apenas nos gestos naturais. O método gestual acompanha o ensino da linguagem oral com um sistema estruturado de gestos, fundamentalmente, a linguagem gestual. Também os rápidos progressos tecnológicos no tratamento dos sons permitem dispor de aparelhos de amplificação muito úteis para trabalhar os resíduos auditivos utilizáveis nos surdos, por exemplo, as próteses auditivas (Jiménez, Prado, Moreno, & Rivas, 1997).

Por sua vez, o défice visual traduz-se numa redução da quantidade de informação que o indivíduo recebe do meio ambiente, restringindo a grande quantidade de informação que este oferece e que são fundamentais para a construção do conhecimento do mundo exterior (Martin & Bueno, 1997). Assim, o termo deficiência visual (DV) refere-se a uma situação irreversível de diminuição da resposta visual, em virtude de causas hereditárias, congénitas ou adquiridas, mesmo após tratamento clínico ou cirúrgico e uso de óculos convencionais (Amorim, 2006).

Normalmente, a deficiência visual divide-se em dois grandes grupos, atendendo a definições funcionais. O primeiro engloba indivíduos com deficiência visual, de visão subnormal, de baixa visão, com ambliopia, compreende as pessoas que, apesar de uma redução considerável da sua capacidade visual, possuem resíduos que possibilitam ler e escrever com tinta, de forma habitual e, inclusive, obter êxito total em determinadas tarefas da vida. O segundo, engloba os cegos ou invisuais, compreende as pessoas que não têm nenhum resíduo visual ou que, tendo-o, apenas possibilita orientar-se em direção à luz, perceber volumes, cores e ler grandes títulos, mas não permite o uso habitual da leitura/escrita, mesmo a negro (Martin & Bueno, 1997).

De acordo com a Classificação da Cegueira e da Visão Subnormal (OMS, 1989) na visão normal, o grau de deficiência pode ser nulo (acuidade visual é de 0,8° ou superior) ou ligeiro (acuidade visual menor que 0,8°); na ambliopia o grau de deficiência pode ser moderado (acuidade visual menor que 0,3°) ou grave (acuidade visual menor de 0,12°); e na cegueira o grau de deficiência pode ser profundo (acuidade visual menor que 0,05°), quase total (acuidade visual menor que 0,02°) ou total (ausência de percepção de luz).

Em Portugal considera-se, usualmente, como amblíope o indivíduo com uma acuidade visual entre 0,1° e 0,5° (Grilo, 2013), sendo que este intervalo pode ser dividido em dois subgrupos. Os pequenos amblíopes, indivíduos com acuidade visual

entre 0,5 e 0,3º e os grandes amblíopes, indivíduos que apresentam uma acuidade visual entre 0,1º e 0,3º (Rodrigues, 2006).

Para Silva (1991), as causas de deficiência visual podem ser, como já referido, divididas em dois grandes grupos. O primeiro está subdividido por períodos: pré-natal (hereditariedade, alterações genéticas, infeções maternas, hemorragias e medicamentos tóxicos), perinatal (prematuridade, sofrimento fetal e traumatismo de parto), pós-natal (infeções como a meningite, traumatismo e afeções neurológicas) e adulto (acidente cérebro-vascular, diabetes, hipertensão ocular e tumores intracranianos); no segundo estão incluídas as causas desconhecidas. Martin e Bueno (1997) indicam outras causas de deficiência visual nomeadamente, as doenças que afetam a retina (como o deslocamento da retina, a retinopatia pigmentar), doenças que afetam o nervo ótico (como a ambliopia, deterioração unilateral ou bilateral do olho, associada ao estrabismo), doenças que afetam cristalino (como a afaquia, a catarata e a ectopia do cristalino), doenças que afetam a úvea (como o albinismo, doenças que afetam a córnea e doenças que afetam a mobilidade e a refração (como o nistagmo e a miopia progressiva, em que a imagem forma-se a uma distância incorreta).

No que concerne à avaliação do défice visual, existem vários tipos de testes de visão que avaliam uma ou mais funções visuais, entre as quais, a acuidade visual central, a perceção de cores, a abertura do campo visual e a visão binocular (Rodrigues, 2006).

As necessidades de um portador de deficiência visual variam de acordo com o facto de ser cego desde nascença ou de ter adquirido a cegueira mais tardiamente, depois de ter possuído alguma visão por um período variável de tempo. As pessoas que sempre foram privadas da visão nunca tiveram acesso a bases ou referenciais que lhes permitam interpretar o que lhes está a ser transmitido em termos de formas, volumes ou cores. Só através do toque terão a perceção das formas e volumes. Uma pessoa cega à nascença, geralmente, consegue ler Braille (sistema tátil que dá acesso à leitura e escrita) fluentemente, pelo contrário, nos casos de cegueira adquirida terão muito mais dificuldade em o fazer manifestando preferência por terem informação áudio em vez de painéis de Braille. Assim, é fundamental atentar às diferentes necessidades de modo a adotar as melhores estratégias para transmitir a informação (Mesquita, 2011).

Em suma, a incapacidade é um problema que merece cada vez mais a atenção e reflexão da sociedade e poder político. Esta realidade é cada vez mais significativa

em Portugal e é necessário conhecer as necessidades e potencialidades desta população, e assim alcançar uma verdadeira e plena inclusão social (Carvalho, 2009).

3.2. Inclusão social, direitos humanos

A inclusão é um movimento educacional, social e político que defende o direito de todos os indivíduos participarem, de uma forma consciente e responsável, na sociedade de que fazem parte, e de serem aceites e respeitados naquilo que os diferencia dos outros (Freire, 2008). Para Louro (2001) a inclusão social é definida como a qualidade de vida que a sociedade pode oferecer a cada indivíduo e, especificamente, aos indivíduos com necessidades especiais, tendo em conta as suas características individuais. Este processo de inclusão torna possível que cada indivíduo, incluindo as pessoas com necessidades especiais, desenvolva as suas potencialidades e assuma o seu papel na sociedade (Maia, 2008).

A sociedade é responsável por prestar os serviços que as pessoas necessitam (nas áreas física, educacional, social, psicológica, profissional), bem como garantir-lhes o acesso a tudo de que dispõem, independentemente de serem ou não indivíduos com necessidades especiais (Maia, 2008).

Grande parte dos problemas na inclusão social de indivíduos com necessidades especiais não se centram nestes cidadãos, mas sim na sociedade que os envolvem (Dias, 2011). Desta forma, é fundamental intervir na sociedade através de transformações nos ambientes físicos e na mentalidade de todas as pessoas, não desconsiderando, porém, as pessoas com necessidades especiais (Maia, 2008).

O percurso histórico e os modelos de tratamento da deficiência mostram-nos como é importante a defesa dos direitos humanos na procura da inclusão social (Dias, 2011). Neste sentido, a Organização das Nações Unidas (ONU, 1948) divulgou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, onde vieram a ser reconhecidos direitos a todos os seres humanos e em 1996 lançou o Programa Mundial de Ação relativo às pessoas com deficiência, na tentativa de estabelecer normas para que sejam respeitadas a igualdade de oportunidades e de direitos para que as pessoas com deficiência possam participar ativamente na sociedade (Dias, 2011).

Na atualidade, contrariamente ao contexto vivenciado em Portugal há cerca de 20 anos, verifica-se a existência de uma multiplicidade de políticas de apoio destinadas à pessoa com incapacidade. Estas políticas encontram-se divididas em vários domínios, nas áreas da Saúde, Segurança Social, Educação, Emprego e Formação Profissional, Trabalho, Habitação e Fiscalidade (Silva, 2015).

De acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) (2006), ratificada por Portugal em 2009, é reconhecida a importância para as pessoas com deficiência da sua autonomia e independência individual, incluindo a liberdade de fazerem as suas próprias escolhas. Inclui a discussão da incapacidade, vida familiar e fertilidade. A CDPD (2009) defende que sejam tomadas medidas para eliminar a discriminação de pessoas com incapacidade em todos os assuntos relacionados com o casamento, família, parentalidade e relações afetivas.

Na referida convenção, no artigo 21º os Estados Partes tomam as medidas apropriadas para garantir que as pessoas com deficiências possam exercer o seu direito à liberdade de procurar, receber e difundir informação e ideias através de todas as formas de comunicação da sua escolha. Especificamente, no artigo 21º, alínea b) é referido que deve ser aceite e facilitado “o uso de língua gestual, braille, comunicação aumentativa e alternativa e todos os outros meios, modos e formatos de comunicação acessíveis e da escolha das pessoas com deficiência nas suas relações oficiais”. No artigo 27.º, com a epígrafe “Trabalho e emprego” no seu nº 1 da CDPD consta que: “Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência a trabalhar, em condições de igualdade com as demais; isto inclui o direito à oportunidade de ganhar a vida através de um trabalho livremente escolhido ou aceite num mercado e ambiente de trabalho aberto, inclusivo e acessível a pessoas com deficiência”.

Neste contexto, verifica-se um número cada vez maior de adultos com incapacidade, com baixos níveis de escolarização, que procuram, de forma autónoma ou através de instituições, melhorar as suas competências, quer pessoais, quer profissionais, no sentido de potenciar a manutenção dos seus postos de trabalho e de progressão nas suas carreiras. Para a maior parte destas pessoas com incapacidade conseguir um emprego significa otimizar as suas capacidades e a efetivação da sua cidadania (Vieira, 2011).

Relativamente à constituição de família, foram propostas medidas fundamentais. Assim, na CDPD, artigo 23º, nº 1, alínea a) é reconhecido o direito de todas as pessoas com incapacidade contraírem matrimónio e a constituírem família. No artigo 23º, nº 1, alínea b) é reconhecido o direito das pessoas com incapacidade a decidirem livre e responsabilmente sobre o número de filhos e o espaçamento dos seus nascimentos. No artigo 23º, nº 2, da CDPD são referidos os direitos e responsabilidades das pessoas com incapacidade, no que respeita à tutela, guarda e adoção de crianças, “os Estados Partes prestam a assistência apropriada às pessoas com deficiência no exercício das suas responsabilidades parentais”. No artigo 23º, nº

4, deve ser assegurado que em caso algum deve uma criança ser separada dos pais com base numa incapacidade, quer da criança, quer de um ou de ambos os pais.

Neste quadro, vários diplomas legislativos têm surgido com o objetivo de salvaguardar os direitos dos cidadãos com necessidades especiais, promover novas oportunidades, procurar melhorar a qualidade de vida e criar um quadro legislativo que respeite e permita a inclusão. Contudo, ainda falta um longo caminho a percorrer, uma vez que, embora os cidadãos com incapacidade possuam direitos humanos iguais a qualquer outro cidadão, muitas vezes não são exercidos ou respeitados (Dias, 2011).

3.3. Incapacidade, parentalidade e implicações no sistema familiar

Para a maioria dos adultos, incluindo adultos com incapacidade, a transição para a parentalidade é uma experiência marcante no seu desenvolvimento (Conley & Olkin, 2001). Quando referimos pais com incapacidade inclui também os que normalmente não se identificam como tendo uma deficiência/incapacidade, como um pai surdo, um pai de baixa estatura, ou um pai com diabetes (Preston, 2010).

O desejo de serem pais ultrapassa todos os limites culturais, físicos e políticos, contudo, para as pessoas com incapacidade este desejo tem sido sempre dificultado pelo estigma da sociedade e pelo preconceito. Os maiores obstáculos que estes pais com incapacidade enfrentam estão, como já referido, relacionados com barreiras sociais e ambientais, e não necessariamente com os obstáculos impostos pela própria incapacidade (National Council on Disability, 2012).

São vários os desafios associados em ser mãe/pai com incapacidade. Existe a tendência para estes pais usarem métodos de parentalidade sustentados em conceitos provenientes das pessoas sem incapacidades, devido à falta de exemplos mais próximos, contudo podem desenvolver estratégias próprias para cuidarem dos seus filhos e métodos mais adaptados às suas dificuldades e limitações (Conley & Olkin, 2001).

A parentalidade é complexa e não pode ser realizada de forma individual e isolada sendo necessário um suporte social eficaz. Através das relações interpessoais e das redes sociais os indivíduos gerem os recursos psicológicos e materiais disponíveis de forma a melhorarem as suas competências para lidar com acontecimentos stressantes e satisfazer as suas necessidades pessoais e familiares, com vista a alcançar os objetivos e metas (Felizardo & Ribeiro, 2015).

Apoios adequados são fundamentais para os pais com incapacidade e para os seus filhos, ainda assim, muitos dos suportes precisam de ser expandidos e

modificados de modo a ser fornecido um maior serviço de apoio aos pais e às suas famílias. Se lhes forem fornecidos os apoios e serviços apropriados, estudos indicam que estes pais demonstram melhor capacidade de resolução de problemas e têm realmente sucesso na tarefa da parentalidade (National Council on Disability, 2012).

Um dos sistemas mais importantes para a pessoa com incapacidade é o apoio pessoal. A maior parte dos pais e dos que o pretendem ser dependem fortemente do seu sistema de apoio como amigos e família, pois esta rede permite a oportunidade de trocar ideias e experiências face a situações semelhantes. Esta rede de apoio fornece também alguns exemplos de parentalidade. A importância deste grupo de apoio é ainda maior na população com incapacidade, uma vez que a informação é muito limitada no que diz respeito aos pais com incapacidade (National Council on Disability, 2012).

Num estudo realizado por Conley e Olkin (2001) com mães invisuais, concluiu-se que as maiores preocupações destas mães são: a forma de lidar com a reação das outras pessoas ao seu estatuto de mãe cega; a segurança das crianças e o tempo extra que é necessário para adaptar a realidade de educar uma criança quando se é cego. O facto é que estas mães sentem que têm que dar 110% para que sejam vistas e percebidas como boas mães pela sociedade, maioritariamente, visual.

Ao nível económico, o estado financeiro das pessoas com incapacidade é um problema. O número de pessoas com incapacidade que vive em pobreza é três vezes maior que o número de pessoas sem incapacidade que vive em pobreza. Baixas remunerações e a falta de programas de treino profissional para pessoas com incapacidade são obstáculos comuns à empregabilidade. As pessoas com incapacidade ainda enfrentam discriminação ao nível da contratação e no planeamento das suas carreiras (National Council on Disability, 2012). O impacto económico é especialmente notável considerando que estes pais têm, frequentemente, as despesas adicionais relacionadas com a sua incapacidade, por exemplo, medicina, equipamentos de adaptação, transporte ou modificações de habitação e também podem existir despesas extra para o cuidado dos seus filhos (Preston, 2011).

No que refere ao nível do sistema de saúde, os cuidados apropriados de saúde especialmente na área reprodutiva são cruciais para as pessoas que querem criar e manter famílias; contudo, as mulheres com incapacidade ainda enfrentam barreiras no que respeita a receber cuidados de saúde apropriados e acessíveis economicamente. Estudos demonstram que as reações e atitudes de profissionais da área da saúde têm

sido mais negativas do que na população em geral (National Council on Disability, 2012).

As implicações de uma criança ser criada por pais com incapacidade tem sido alvo de estudo. Estes estudos referem o direito fundamental de uma pessoa com incapacidade ser pai/mãe e o direito fundamental de uma criança ser criada num ambiente que proporcione o seu máximo desenvolvimento (National Council on Disability, 2012).

As experiências da família de origem das pessoas com incapacidade são cruciais para os resultados da parentalidade, também a idade de início da incapacidade é uma variável significativa. Vários estudos sugerem que os indivíduos que têm uma incapacidade ao longo da vida, geralmente, têm um sentido menos conflituoso da sua identidade, como uma pessoa com incapacidade, e têm uma maior experiência em encontrar e desenvolver recursos apropriados, o que, por sua vez, pode facilitar a adaptação de uma família à incapacidade dos pais. Pelo contrário, o aparecimento súbito de uma incapacidade durante os anos de parentalidade (por exemplo, por acidente) pode resultar num trauma considerável e revolta da família, tanto para o pai como para a criança (Preston, 2011).

Complementando as diferentes características e história da incapacidade dos pais estão as características da criança, ou seja, a idade e o temperamento da criança, bem como se a criança tem ou não alguma incapacidade (seja semelhante à incapacidade dos pais ou não). Muitas das tarefas parentais são específicas para a idade (por exemplo, mudar as fraldas de uma criança, a linguagem, ajudar nos trabalhos de casa) e a incapacidade de um dos pais pode afetar uma tarefa dos pais relacionada à idade particular. Contudo, em algumas situações, a incapacidade de um dos pais pode facilitar e melhorar a tarefas dos pais (Preston, 2011).

Vários estudos indicam que a incapacidade por si não é indicativo de problemas/dificuldades nas crianças e que os indicativos de problemas de parentalidade são, normalmente, os mesmos para pessoas com e sem incapacidade. A literatura refere que as evidências disponíveis sugerem que embora os pais com incapacidade tenham uma abordagem diferente na parentalidade, a presença de uma incapacidade, seja ela física ou mental, é um fraco indicador da correlação a longo prazo da má adaptação das crianças (National Council on Disability, 2012).

A suposição de que as crianças terão que cuidar dos pais com incapacidade desde muito cedo ainda pressiste; contudo, esta prespetiva é criticada sendo reforçada a ideia de interdependência nas famílias. Cohen (1998) aborda este tema da

parentificação (ou seja, crianças que assumem papéis de adultos) e refere que as mães com incapacidade demonstram um maior cuidado e precaução quando delegam tarefas aos seus filhos, sendo que, normalmente, até hesitam em pedir às crianças para realizar tarefas normais, como fazer a cama e lavar a loiça, porque, por vezes, sentem que a sua incapacidade é que as levou a pedir determinada tarefa aos filhos. Estudos realizados no âmbito da parentificação, para saber se era verificável ou não, concluíram que não há evidências no fenómeno, mas, que há sim, o desejo dos pais com incapacidade protegerem os seus filhos do cargo de terem de cuidar dos pais (National Council on Disability, 2012).

Outras pesquisas foram realizadas pela *Through the Looking Glass* (2006) com pais com e sem incapacidade. Nessas pesquisas não foram encontradas diferenças no número de tarefas domésticas, entre pais com e sem incapacidade, e ambos concordaram no número de amigos, nas horas de deitar os filhos, nas atividades extracurriculares e no que refere a trabalhos de casa. A única diferença encontrada foi que os filhos de pais com incapacidade sentem-se mais confortáveis quando confrontados com outra pessoa com incapacidade do que os outros filhos com pais sem incapacidade (National Council on Disability, 2012).

Muitas destas investigações concluíram que o desenvolvimento e funcionamento das crianças de pais com incapacidade encontram-se na média ou acima da média (Conley & Olkin, 2001). Estas crianças têm melhores mecanismos de *cooping*, aceitam melhor a diferença e demonstram melhores atitudes para com a deficiência. Em crianças mais velhas, estudos têm apontado resultados positivos na aprendizagem, desde muito cedo, aprendem o valor da família e amigos e maior flexibilidade nos papéis familiares, encontrando humor em situações mais tristes e colocando os problemas do quotidiano em perspetiva. Além disto, e porque são filhos de pais com incapacidade, partilham uma experiência e uma relação próxima com a comunidade de pessoas com a incapacidade e tendem a aprender sobre a autonomia e direitos civis (National Council on Disability, 2012).

Num estudo realizado com Paul Preston e Jean Jacobs (2012) com jovens adultos, dos 16 aos 21 anos, também criados por pais com incapacidade, concluíram que na sua maioria os jovens consideraram este facto como um aspeto positivo, reconhecendo como vantagens: melhor aprendizagem na resolução de problemas, mais independência e mais compaixão, respeito pela diferença, maior variedade de experiências, melhor noção do que é justo e injusto, além de maior desembaraço (National Council on Disability, 2012).

No caso particular das incapacidades auditiva e visual, importa atentar nas implicações que se sentem ao nível da comunicação. É através da comunicação que o ser humano partilha opiniões, efetua trocas de experiências, de comportamentos e de sentimentos com os seus semelhantes, os quais conhecem e partilham um código e significados comuns (Gonçalves, 2012). A comunicação é uma das dimensões fundamentais de qualquer sistema, sendo especialmente relevante para o sistema familiar, pois a funcionalidade da família depende, em larga medida, dos padrões de comunicação estabelecidos entre os seus membros (Gimeno, 2001).

Jamieson (1994) estudou o processo pelo qual as mães surdas comunicam com os seus filhos, em idade pré-escolar, durante uma tarefa de solução de problemas. Os resultados mostraram que as mães surdas utilizaram, preferencialmente, a comunicação visual nas orientações dadas aos seus filhos.

Num estudo realizado por Wanderley e colaboradores (2010) a uma mãe cega e parapléica, com o objetivo de analisar a comunicação verbal e não-verbal no cuidado de higiene do seu filho, a interação entre mãe e filho realizou-se por meio de contactos físicos e estímulos auditivos. A comunicação não-verbal ocorreu por meio do contacto físico, as interações com a criança foram permeadas sob a forma de toques, carícias, relações táteis e toques localizados.

Nas últimas décadas, novas tecnologias de assistência têm sido adaptadas para formas mais efetivas de promover a substituição sensorial para indivíduos com incapacidades auditiva e visual (Cunha et al., 2009).

De uma forma geral, a comunicação com indivíduos surdos, cegos ou surdo-cegos emprega basicamente a substituição sensorial, transferindo para um sentido remanescente a função perdida. Com a perda da visão, a audição e o tato naturalmente se sobressaem muito além do normal; visão e tato fazem o mesmo para a perda de audição (Cunha et al., 2009).

A perda de qualquer uma das funções sensoriais causa um desequilíbrio na percepção humana, em maior ou menor escala. Os olhos proporcionam uma visão panorâmica e ao mesmo tempo reforçam o sentido de orientação, direção e equilíbrio; os ouvidos estão em constante atenção aos sons que o cercam e o olfato e o paladar podem proporcionar uma percepção de cheiros e gostos agradáveis ou menos agradáveis (Cunha et al., 2009). De acordo com os mesmos autores, os sentidos dos seres humanos— a visão, o olfato, a audição, o tato e o paladar — enquanto recetores sensoriais de mensagens do ambiente e envio de sinapses, são igualmente transmissores de experiências emocionais.

No que diz respeito aos métodos de comunicação alternativa com indivíduos surdos, cegos e surdo-cegos têm sido utilizados a língua gestual, destinada especificamente para surdos, e o Braille, destinado para leitura para os cegos. No caso específico de surdo-cegos, técnicas e métodos semelhantes, muitos baseadas nestes dois métodos, que incluem a utilização de linguagem ou alfabeto através de sinais táteis (Cunha et al., 2009).

Assim, para que a comunicação seja efetiva é necessário utilizar recursos que facilitem as formas visuais para pessoas surdas e a forma auditiva no apoio às pessoas cegas.

Apesar do aumento global do número de adultos com incapacidade que se tornam pais e que constituem família, a literatura sobre este tipo de população é muito limitada. Existem poucos dados e pouca pesquisa relativamente a estes pais, às suas necessidades e às suas experiências, sendo que um dos argumentos referidos para a escassez de estudos nesta área é a falta de financiamento por parte das entidades responsáveis. Embora as verbas sejam limitadas e a atenção a esta temática seja diminuta um número de programas e serviços de apoio começa a emergir e devem ser replicados de forma a providenciar apoio constante a estas famílias (National Council on Disability, 2012). Não é só simplesmente moral, mas, e como referido, uma exigência legal.

A revisão das práticas e dos apoios demonstram o potencial destas famílias, quando existem apoios adequados, e demonstra que a incapacidade não tem necessariamente um efeito negativo na parentalidade. Enquanto as leis não forem aplicadas de forma correta, as pessoas com incapacidade continuarão a enfrentar barreiras para exercer o seu direito fundamental de criar e manter as suas famílias (National Council on Disability, 2012).

4. Autoeficácia, Suporte Social e Incapacidade

A revisão da literatura demonstra que o apoio social encontra-se relacionado com o comportamento parental (Coleman & Karraker, 1997; Felizardo, 2013) e com a autoeficácia parental (Bandura, 1997).

Segundo Coelho e Ribeiro (2000) a função de suporte exigida tanto à família como aos profissionais cuidadores aponta para a minimização do sofrimento psicológico da pessoa com incapacidade. Assim, a rede social poderá fornecer o apoio necessário ao nível parental para que os pais se sintam competentes no seu papel e,

por consequência, contribuir indiretamente para o desenvolvimento saudável da criança (Dunst & Trivette, 2010).

Aplicando o modelo de Bandura ao domínio dos pais, a percepção de autoeficácia parental refere-se ao grau com que os pais se sentem competentes e confiantes na resolução de problemas relativos aos filhos. Na mesma linha, Ardel e Eccles (2001) descrevem que os pais com um sentimento de autoeficácia parental elevado estão mais predispostos e motivados a desenvolverem estratégias eficazes de parentalidade se acreditarem que possuem as competências necessárias para tal, aumentando assim a probabilidade dos seus filhos terem maior sucesso acadêmico, social e psicológico, o que, por sua vez, reforça o seu sentimento de autoeficácia parental. Pelo contrário, face a situações desafiadoras, pais com baixa autoeficácia parental costumam desistir facilmente, o que pode confirmar crenças de baixa eficácia (Faria, 2015).

A evidência aponta os diversos obstáculos, designadamente de suporte social, aos níveis material e informativo, em pessoas com incapacidade.

Para além das barreiras comunicacionais, também são várias as barreiras na vida familiar para as pessoas com incapacidade, pelo que é necessário melhorar as estratégias de ação dos profissionais, bem como aperfeiçoar os dispositivos legais no domínio da intervenção (Felizardo, 2013).

Considerando os desafios inerentes à parentalidade, um dos aspetos referidos na literatura é a falta de exemplos mais próximos para estes pais com incapacidade. Como referido, anteriormente, a maioria destes pais depende da sua rede de apoio, como amigos e família, pois esta fornece alguns exemplos de parentalidade, uma vez que a informação é muito limitada no que diz respeito aos pais com incapacidade (National Council on Disability, 2012).

Sendo o apoio social uma importante fonte de autoeficácia (Bandura, 1997) é de prever que os indivíduos com incapacidade e que tenham um bom suporte pessoal tenham, por consequência, uma boa autoeficácia e consequentemente resultados positivos na autoeficácia parental, pois, como referido anteriormente, vários estudos indicam que embora os pais com incapacidade tenham uma abordagem diferente na parentalidade a presença de uma incapacidade, seja ela física ou mental, é um fraco indicador da correlação a longo prazo da má adaptação das crianças (National Council on Disability, 2012).

Assim, parece coerente afirmar-se que a percepção de suporte social e o sentimento de autoeficácia atuam como fatores protetores contra o stresse,

potenciando nos pais um sentimento de maior controle das situações, principalmente perante os problemas de comportamento da criança. Em síntese, a literatura reforça que a autoeficácia parental e o suporte social podem exercer influências significativas no desenvolvimento afetivo e cognitivo das crianças (Ardelt & Eccles, 2001; Coleman & Karraker, 1997).

CAPÍTULO II – PLANO DE INVESTIGAÇÃO

1. Estudo da Autoeficácia Parental e da Satisfação com o Suporte Social em Pais com Incapacidade

Ao longo da revisão da literatura, pode constatar-se que a autoeficácia surge como fator pertinente na adaptação à função parental e o suporte social está significativamente relacionado com a autoeficácia parental (Correia, 2008). Face ao exposto, no presente estudo pretende-se direcionar a atenção para estas variáveis autoeficácia parental e suporte social em pais com incapacidade.

1.1. Formulação do problema

Formular o problema consiste em dizer, de forma explícita, clara, compreensível e operacional qual a dificuldade com a qual nos confrontamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando as suas características (Freixo, 2012).

Tendo em conta a revisão da literatura nesta área e o contexto no qual foi elaborado este estudo, surge como reflexão principal compreender a autoeficácia parental e a perceção de suporte social em pais com incapacidade.

Qual a relação entre a perceção de autoeficácia parental e a satisfação com o suporte social em pais com incapacidade e em que medida se verificam diferenças significativas na autoeficácia parental e na satisfação com o suporte social, em função do género, estado civil, número de filhos e habilitações literárias.

1.2. Definição de objetivos

O objetivo de um estudo constitui um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação. Consequentemente, indica o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo (Freixo, 2012).

Tendo como referência a revisão da literatura no domínio e o contexto no qual foi elaborado este estudo, surge como questão de investigação: Qual a relação entre a autoeficácia parental e a satisfação com o suporte social em pais com incapacidade? Sendo o objetivo geral compreender a autoeficácia parental e a satisfação com o suporte social em pais com incapacidade. No seguimento do objetivo geral propõem-se os seguintes objetivos específicos de investigação:

- Analisar os níveis de autoeficácia parental dos pais com incapacidade;
- Analisar a perceção de suporte social dos pais com incapacidade;

- Conhecer a relação entre a autoeficácia parental (e dimensões) e a satisfação com o suporte social dos pais com incapacidade (e dimensões);
- Analisar as diferenças na perceção de autoeficácia parental dos pais com incapacidade, em função do género, estado civil, número de filhos e habilitações literárias;
- Analisar as diferenças na satisfação de suporte social dos pais com incapacidade, em função do género, estado civil, número de filhos e habilitações literárias.

2. Metodologia de Investigação

A metodologia de investigação consiste num processo de seleção da estratégia de investigação, que condiciona a escolha das técnicas de recolha de dados, que devem ser adequados aos objetivos que se pretendem atingir (Sousa & Baptista, 2011).

Os métodos de investigação traduzem e harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação. Certas investigações implicam uma descrição dos fenómenos em estudo, outras, uma explicação sobre a existência de relações entre fenómenos ou ainda a predição ou controlo dos fenómenos. Os dois métodos de investigação que concorrem para a procura deste tipo de respostas são o método quantitativo e o método qualitativo (Freixo, 2012).

2.1. Tipo de estudo

Considerando a questão de investigação e os objetivos deste estudo, será utilizada uma metodologia quantitativa. O método de investigação quantitativo constitui um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, acontecimentos ou fenómenos e na medição ou avaliação de variáveis comportamentais ou socioafetivas passíveis de serem medidas, comparadas ou relacionadas no âmbito do processo de investigação empírico (Coutinho, 2011; Freixo, 2012).

O presente estudo está estruturado de acordo com um plano não experimental e correlacional. Neste tipo de pesquisa, o objetivo consiste em perceber a intensidade das relações entre as variáveis, não se procedendo à manipulação ou ao estabelecimento de relações de causalidade entre as dimensões em estudo (Coutinho, 2011, Maroco, 2011).

2.2. Definição e operacionalização das variáveis

O modelo analítico define o que será e o que não será estudado. Assim, é possível analisar as variáveis e os fatores que afetam e compõem o fenómeno em estudo (Sousa & Baptista, 2011).

Uma variável pode ser definida como qualquer característica da realidade que pode tomar dois ou mais valores mutuamente exclusivos. Refere-se ainda a qualquer característica que, numa experiência, pode ser medida ou controlada. Em investigações de carácter quantitativo é indispensável que apareçam mencionadas e operacionalizadas as variáveis.

Neste estudo, as variáveis sociodemográficas são: o género, operacionalizado por uma questão fechada e dicotómica, com duas alternativas de resposta, género masculino e género feminino; o estado civil, sendo considerados dois grupos, casados/união de facto e não casados/união de facto; o número de filhos operacionalizado em dois grupos, pais com um filho e pais com mais do que um filho; habilitações literárias, organizadas em três categorias, ensino básico, ensino secundário/profissional e ensino superior. As variáveis em estudo são a Autoeficácia parental e a Perceção de Suporte Social, operacionalizadas conforme Tabela 1.

Tabela 1
Operacionalização das variáveis em estudo

Variáveis em estudo	Operacionalização
Autoeficácia parental	Escala de Auto-Eficácia Parental (EAEP) (Brites, 2010)
Suporte social	Escala de Satisfação com o Suporte Social, Ribeiro (2011)

2.3. Participantes

Por população considera-se um conjunto de elementos que partilham características comuns e é delimitada por critérios de seleção destes elementos (Freixo, 2012), o que, neste estudo, corresponde aos pais com incapacidade. A amostra do estudo, constituída por um conjunto de participantes com características similares retirados de uma população (Freixo, 2012), cuja caracterização se apresenta na Tabela 2, foi de conveniência ou intencional (Maroco, 2011). Participaram no estudo 30 pessoas adultas, com incapacidades sensoriais e que tinham pelo menos um filho com idade entre os 3 e os 14 anos. A amostra foi obtida nos vários distritos de Portugal, a partir da população de pais com incapacidade, sendo constituída por 10

participantes com cegueira e 20 com surdez, com idades compreendidas entre os 21 e os 52 anos, sendo a Média (*M*) de idade 39.52 e Desvio-Padrão (*DP*=7.21).

A Tabela 2 apresenta os dados de caracterização da amostra.

Tabela 2
Caracterização da amostra de pais com incapacidade sensorial

Característica	n	%
Género		
Feminino	17	56.7
Masculino	13	43.3
Estado civil		
Solteiro	3	10.0
Casado/União	21	70.0
Divorciado/separado	4	13.3
Viúvo	2	6.7
Habilitações literárias		
Ensino Básico	17	56.7
Ensino Secundário	8	26.7
Ensino Superior	5	16.6
Situação profissional		
Empregado	14	46.7
Desempregado	15	50.0
Reformado	1	3.3
Número de filhos		
Um	14	46.7
Dois ou mais	16	53.3
Residência		
Rural	11	36.7
Urbana	19	63.3

2.4. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi efetuada pelo método de inquérito, com recurso à técnica de questionário autoadministrado.

Tendo em conta os objetivos, foram recolhidos alguns dados sociodemográficos (anexo A) e foram utilizadas duas escalas de *Likert*.

Na seleção das escalas a integrar o protocolo de investigação, os critérios tidos em consideração visaram a medição adequada das variáveis em estudo, a utilização de versões e/ou adaptações à população portuguesa e, sempre que possível, à amostra em estudo, além das qualidades psicométricas dos instrumentos (validade e/ou consistência interna).

Face ao exposto, neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de medida:

- Escala de Auto-Eficácia Parental (EAEP) (Brites, 2010) (anexo B);
- Escala de Satisfação com o Suporte Parental (ESSP) (Ribeiro, 2011) (anexo C).

2.4.1. Escala de Auto-Eficácia Parental (EAEP)

A escala de Auto-Eficácia Parental de Brites (2010) permite uma avaliação no domínio do desempenho da função parental e tem por objetivo avaliar as percepções parentais acerca das suas competências para o desenvolvimento das atividades como pais, tal como as desejam. Brites (2010, p. 221) refere que “(...) a escala de Auto-eficácia Parental tem como base o fundamento da psicologia, Abordagem Centrada na Pessoa, na qual a pessoa é valorizada através do desempenho das suas funções e na avaliação da sua eficácia”.

Esta escala é constituída por 44 itens, dos quais 22 pertencem à dimensão de Auto-Eficácia Positiva, que contém duas sub-escalas, pertencendo os restantes 22 itens à dimensão de Auto-Eficácia Negativa, também com duas sub-escalas. A resposta é dada sob formato de uma escala tipo *Likert* que varia entre 1 (correspondente a *Nunca*) e 5, (correspondente a *Sempre*).

A dimensão Auto-Eficácia Positiva é composta por duas sub-escalas. A primeira, designada de “Atitudes e Comportamentos Parentais Promotores de Desenvolvimento” (ACPPD), é composta por 15 itens e inclui aqueles que dizem respeito à responsabilidade de ser um modelo ou um exemplo a seguir pela criança, à transmissão de afetos e valores e à manutenção do estado de saúde. A segunda dimensão, denominada “Equilíbrio Independência-Segurança” (EIS), é composta por 7 itens e considera a consistência parental da importância da promoção da independência e da responsabilidade na criança, sem, no entanto, negligenciar aspetos básicos da sua segurança afetiva.

A dimensão Auto-Eficácia Negativa contém duas sub-escalas, designadas, respetivamente, por “Permissividade, Negligência e Desinteresse” (PND) e “Controlo Negativo” (CN). A primeira sub-escala é composta por 17 itens e abrange os comportamentos e atitudes reveladores de um certo desinvestimento face à criança, relativamente à sua saúde, às regras familiares e ao seu desenvolvimento afetivo. A segunda sub-escala “Controlo Negativo” diz respeito a uma atitude de controlo

absoluto sobre a criança, quer no presente, quer relativamente ao seu futuro, sendo composta por 5 itens.

No respeitante à consistência interna, os *alpha* de *Cronbach*'s são satisfatórios, tendo a EAEP total $\alpha=.93$, a Autoeficácia Positiva $\alpha=.91$, a Autoeficácia Negativa $\alpha=.97$, tendo as subescalas os seguintes valores: ACPPD $\alpha=.93$; EIS $\alpha=.77$; PND $\alpha=.97$; CN $\alpha=.74$ (Brites, 2010).

A cotação desta escala também é feita tendo em conta as dimensões positivas e negativas separadamente, ou seja, não há conversão das dimensões negativas em positivas e a cotação final resulta da diferença entre estes. Assim, para se obter a autoeficácia positiva e negativa ter-se-á de fazer a soma das médias dos itens das duas subescalas, isoladamente, e para se obter a autoeficácia total é necessário fazer o cálculo da média de cada dimensão, positiva e negativa, e subtrair a média dos itens negativos à média dos itens positivos, tal como se apresenta seguidamente na Tabela 3.

Tabela 3
Forma de cálculo do score da Escala de Auto-Eficácia Parental

Itens positivos	Média	Itens negativos	Média	
Atitudes e comportamentos promotores de desenvolvimento	X	Permissividade, negligência e desinteresse	Z	
Equilíbrio, independência-segurança	Y	Controlo negativo	W	
	Somatório		Somatório	
Autoeficácia positiva	X + Y	Autoeficácia negativa	Z + W	
Autoeficácia total=	X + Y	(-)	Z + W	=AEFIC

2.4.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A ESSS de Ribeiro (2011) avalia o grau de satisfação dos indivíduos relativamente ao suporte social proveniente de várias fontes, bem como, as atividades sociais em que estão inseridos. Esta escala é constituída por 15 afirmações que são apresentadas para autopreenchimento, onde o indivíduo deve assinalar o grau em que concorda com as mesmas, numa escala de *Likert*, com cinco posições que variam entre “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte”, e “discordo totalmente”.

A escala inclui quatro fatores, ou subescalas, sendo a sua consistência interna total de 0.85 (*alpha* de *Cronbach*). O primeiro componente, designado por “Satisfação com Amigos” (SA), avalia a satisfação com as amizades/amigos e inclui 5 itens. O

segundo componente, denominado de “Intimidade” (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo e inclui 4 itens. O terceiro componente, denominado de “Satisfação com a Família” (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente e inclui 3 itens. O último componente, designado de “Atividades Sociais” (AS), mede a satisfação com as atividades sociais que realiza e inclui 3 itens. A consistência interna de cada um destes fatores varia entre 0.64 e 0.83 (*alpha* de Cronbach).

A pontuação de cada dimensão resulta da soma dos itens de cada fator, dimensão ou subescala. A pontuação total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados em “A”, e “5” aos assinalados em “E”. A pontuação para a escala total pode variar entre 15 e 75 e à pontuação mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social. Não há pontos de corte que possam ser considerados como deficitários. Ou seja, todas as pessoas têm uma percepção de satisfação com o suporte social e se for baixa ou elevada isso não significa que seja deficitário.

De acordo com Ribeiro (2011) as pontuações máximas por dimensão são as seguintes: SA- pontuação máxima=25, IN- pontuação máxima=20, SF-pontuação máxima=15, AS-pontuação máxima=15.

2.5. Procedimentos

Numa primeira fase, foram solicitadas as devidas autorizações aos autores responsáveis pelas Escalas para a utilização dos instrumentos no âmbito deste estudo (anexo D e anexo E). As autorizações foram concedidas, permitindo avançar com as fases seguintes da investigação.

A recolha de dados junto dos pais com incapacidade foi efetuada entre os meses janeiro e maio de 2016 através do preenchimento dos questionários *online* (ferramenta Google docs) e contacto direto (escalas em formato papel).

Num primeiro momento, todas as instituições foram contactadas telefonicamente, a fim de aferir qual o contacto privilegiado para ser enviado o pedido de colaboração no projeto, tendo sido, posteriormente, remetido o pedido via email (anexo F); todas as instituições manifestaram um bom acolhimento ao solicitado (anexos G, H e I).

A maior parte dos questionários foram preenchidos pelos pais nas associações, ou em casa. Alguns dos questionários referentes aos pais cegos foram feitos através de contacto telefónico, cedido por algumas instituições, com o consentimento dos

participantes. Parte dos questionários aplicados a pais surdos foi efetuado através de contacto direto por intermédio de associações e através de contactos pessoais. Os questionários foram respondidos individualmente, sem a interferência da investigadora. Foi assegurado o cumprimento das norma de natureza ética envolvidas em qualquer projeto de investigação. Neste sentido, os participantes foram informados acerca do objetivo e carácter voluntário da participação, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato das respostas.

2.6. Técnicas de análise de dados

As análises estatísticas foram efetuadas utilizando o programa informático *Satistical Packge for Social Sciences* (SPSS) para o Windows (versão 23, IBM SPSS, Chicago, IL) e assumiu-se um nível de significância de $p \leq .05$, ou seja, um intervalo de confiança de 95%, dado tratar-se do valor de referência na investigação em ciências sociais e humanas (Maroco, 2011).

As análises foram efetuadas com o recurso a testes não paramétricos, uma vez que não foram cumpridos todos os pressupostos requeridos para a utilização de testes paramétricos, a saber: dimensão, assimetria, distribuição normal da variável dependente (com a utilização do teste *Shapiro-Wilk*) e a homogeneidade das variâncias (teste de Levene) (Maroco, 2011) .

Neste contexto, foram utilizadas técnicas estatísticas descritivas [de tendência central (média, mediana, mínimo e máximo) e de dispersão (desvio-padrão e correlação de *Spearman*)] e inferenciais, ajustadas à natureza dos dados e características das variáveis e da amostra (teste *U* de *Mann-Whitney* e o teste *Kruskal-Wallis*).

3. Apresentação e discussão dos resultados

3.1. Análises descritivas

Relativamente aos resultados obtidos na autoeficácia parental, tal como podemos constatar na Tabela 4, as médias das dimensões positiva e negativa da autoeficácia parental são, respetivamente, 96.93 ($DP=7.99$) e 47.93 ($DP=9.60$), o que revela uma melhor perceção da autoeficácia no que diz respeito às atitudes e comportamentos promotores do desenvolvimento da criança, bem como a consciência de ser capaz de potenciar a autonomia e a segurança; ao invés, as perceções parentais são mais baixas nos aspetos negativos, como sejam a negligência e a permissividade na gestão comportamental da criança. No que concerne às

subescalas, verificamos que as médias da ACPPD, EIS, PND e CN são, respetivamente, 68.17 ($DP=5.53$), 28.77 ($DP=3.59$), 34.63 ($DP=7.38$) e 13.30 ($DP=4.36$).

Comparativamente, no estudo de Loureiro (2012), com pais sem incapacidade, os resultados foram mais elevados nas duas dimensões autoeficácia parental, quer na positiva ($M=101.9$, $DP=7.03$), quer na negativa ($M=93.04$, $DP=8.40$), bem como nas subescalas ACPPD ($M=71.43$, $DP=4.60$), EIS ($M=30.47$, $DP=3.30$), PND ($M=76.07$, $DP=5.87$), CN ($M=16.78$, $DP=4.11$).

Tabela 4
Resultados na Autoeficácia parental em pais com incapacidades sensoriais

Escala e subescalas	Mín.	Máx.	M	DP
ACPPD	54	75	68.17	5.53
EIS	18	34	28.77	3.59
PND	24	51	34.63	7.38
CN	5	22	13.30	4.36
Autoeficácia positiva	77	108	96.93	7.99
Autoeficácia negativa	33	71	47.93	9.60
Escala total (EAEP)	23	75	49,00	13,66

Em relação ao resultados na satisfação com o suporte social, tal como podemos observar na Tabela 5, a média da ESSS total foi de 54.50 ($DP=8.42$). Os valores das médias das subescalas variaram entre 15.67 ($DP=3.98$), da SA e 12.00 ($DP=2.88$), da AS.

No estudo de Moreira (2012), com pais sem incapacidade, onde se aplicou o mesmo instrumento, os resultados encontrados revelam valores mais baixos na escala e respetivas subescalas, a saber: ESSS total - 44,03 ($DP=12.5$); SA – 15.63 ($DP=5.0$); IN – 11.63 ($DP=4.13$); SF – 9.75 ($DP=2.86$); AS – 7.03 ($DP=3.35$).

Tabela 5
Resultados na Satisfação com o suporte social em pais com incapacidades sensoriais

Escala e subescalas	Mín.	Máx.	M	DP
Satisfação com Amigos	6	24	15.67	3.98
Intimidade	8	20	14.13	3.34
Satisfação com família	7	15	12.70	2.29
Atividades Sociais	5	15	12.00	2.88
Escala total	39	69	54.50	8.42

Relativamente à análise das relações entre as variáveis em estudo (Tabela 6), os resultados relativos aos coeficientes de correlação de *Spearman* entre o total da escala de autoeficácia/EAEP (e subescalas) e a escala da satisfação com o suporte/ESSS (e subescalas) revelam que a escala global de satisfação com o suporte – ESSS apresenta correlações positivas e significativas ($p < .01$) com a dimensão da autoeficácia parental positiva e a subescala ACPPD, respetivamente, $r = .469$ e $r = .485$. Além disso a subescala da satisfação do suporte dos amigos/SA está positiva e significativamente relacionada ($p < .01$) com a subescala ACPPDA e a dimensão da autoeficácia parental positiva ($r = .699$, $r = .659$), bem como com a subescala EIS ($r = .410$, $p < .05$) e a escala global da autoeficácia parental ($r = .367$, $p < .05$). A subescala da intimidade do suporte social/IN apresenta correlações significativas ($p < .05$) com a dimensão da autoeficácia parental positiva ($r = .380$) e com a subescala ACPPD ($r = .410$).

Tabela 6
Correlações entre a Escala de Autoeficácia Parental e a Escala de Satisfação com o Suporte Social

Escala e subescalas	SA	IN	SF	AS	ESSS total
ACPPD	.699**	.410*	.059	.085	.485**
EIS	.410*	.289	.146	-.188	.306
PND	-.200	.091	.239	.164	.075
CN	.236	.219	.147	.196	.307
Autoeficácia positiva	.659**	.380*	.155	-.005	.469**
Autoeficácia negativa	-.063	.112	.268	.150	.151
EAEP Total	.367*	.129	-.089	-.110	.156

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

3.2. Análises inferenciais

Tendo como referência os objetivos do estudo, prosseguiu-se com as análises estatísticas inferenciais da autoeficácia parental e da satisfação com o suporte social em função de variáveis sociodemográficas como o género, estado civil, número de filhos e habilitações literárias. Para o efeito, foram utilizados os testes não paramétricos *U* de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*, em vidade de não se cumprirem os pressupostos para a utilização dos testes paramétricos.

Género

A Tabela 7 mostra os resultados na autoeficácia parental em função do género. Tal como se pode constatar, as mães apresentam resultados mais elevados no Controlo Negativo ($M=15.0$, Mediana/ $Md=16.0$, $Min=5.0$, $Máx=22.0$) do que os pais inquiridos ($M=11.0$, $Md=11.0$, $Min=5.0$, $Máx=18.0$) e as diferenças observadas revelam-se estatisticamente significativas ($U=50.000$, $Z=-2.541$, $p=.010$).

Tabela 7
Diferenças na Autoeficácia parental em função do género (teste *U Mann-Whitney*)

Escala e subescalas	Género								U	Z	p
	Feminino (n=17)				Masculino (n=13)						
	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP			
ACPPD	54.0	75.0	68.1	6.6	63.0	75.0	68.2	3.8	98.000	-.525	.621
EIS	23.0	34.0	29.2	3.2	18.0	34.0	28.0	4.0	91.500	-.801	.432
PND	24.0	51.0	34.1	7.6	28.0	50.0	35.3	7.2	100.500	-.420	.680
CN	5.0	22.0	15.0	4.0	5.0	18.0	11.0	3.8	50.000	-2.541	.010**
Dimensão positiva	33.0	71.0	49.1	10.0	33.0	66.0	46.3	9.0	92.500	-.755	.457
Dimensão negativa	77.0	108.0	97.4	8.9	84.0	108.0	96.3	6.7	91.000	-.819	.432
EAEP Total	23.0	75.0	48.2	15.4	27.0	68.0	49.9	11.4	102.500	-.335	.742

** $p \leq .01$

Relativamente à satisfação com o suporte social, na Tabela 8, tal como se pode verificar, não existem diferenças com significado estatístico em função do género, na SA ($p=.680$), IN ($p=.837$), SF ($p=.432$), AS ($p=.902$) e a escala EAEP total ($p=.967$).

Tabela 8
Diferenças na Satisfação com o Suporte Social em função do género (teste *U Mann-Whitney*)

Escala e subescalas	Género								U	Z	p
	Feminino (n=17)				Masculino (n=13)						
	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP			
SA	12.0	25.0	19.3	3.1	9.0	25.0	19.3	5.2	100.000	-.441	.680
IN	11.0	20.0	14.5	2.4	8.0	20.0	14.3	4.3	105.500	-.211	.837
SF	10.0	15.0	13.3	1.7	8.0	15.0	12.6	2.3	91.000	-.857	.432
AS	3.0	15.0	8.0	3.6	3.0	15.0	8.0	3.7	107.500	-.126	.902
ESSS Total	44.0	70.0	55.3	6.2	32.0	72.0	54.3	11.3	109.500	-.042	.967

Estado civil

Para a análise do efeito do estado civil na autoeficácia parental e na satisfação com o suporte social, recorreu-se novamente ao teste *U* de *Mann-Whitney*.

A Tabela 9 apresenta os resultados da autoeficácia parental dos pais casados/união de facto e pais não casados/união de facto e, tal como se pode observar, não se existem diferenças significativas entre os dois grupos de pais, ACPPD ($p=.533$), EIS ($p=.476$), PND ($p=.722$), CN ($p=.372$), Autoeficácia positiva ($p=.929$), Autoeficácia negativa ($p=1.00$) e EAEP total ($p=.929$).

Tabela 9
Diferenças na Autoeficácia parental em função do estado civil (teste *U* *Mann-Whitney*)

Escala e subescalas	Estado civil								<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	Casados/união de facto (n=21)				Não casados/união de facto (n=9)						
	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
ACPPD	54.0	75.0	67.5	6.2	65.0	75.0	69.6	3.1	80.000	-.658	.533
EIS	23.0	34.0	29.1	3.0	18.0	34.0	27.8	4.7	78.000	-.753	.476
PND	24.0	50.0	34.7	6.6	25.0	51.0	34.4	9.3	86.500	-.363	.722
CN	5.0	22.0	12.8	4.5	8.0	20.0	14.3	4.0	74.000	-.931	.372
Dimensão positiva	33.0	63.0	47.5	8.4	33.0	71.0	48.7	12.4	92.000	-.113	.929
Dimensão negativa	77.0	108.0	96.6	8.5	84.0	108.0	97.5	7.0	94.000	-.023	1.00
EAEP Total	23.0	68.0	49.1	12.8	27.0	75.0	48.7	16.1	92.500	-.091	.929

A Tabela 10 apresenta os resultados relativos à satisfação com o suporte social e, tal como se pode constatar, os pais não casados/união de facto evidenciam resultados mais elevados na Satisfação com os Amigos/SA ($M=21.6$, $Md=21.0$, $Min=19.0$, $Máx=25.0$), do que os pais casados/união de facto ($M=18.3$, $Md=19.0$, $Min=9.0$, $Máx=25.0$) e as diferenças encontradas revelam-se estatisticamente significativas ($U=50.000$, $Z=-2.022$, $p=.045$).

Tabela 10
Diferenças na Satisfação com o Suporte Social em função do estado civil (teste U Mann-Whitney)

Escala e subescalas	Estado civil								U	Z	p
	Casados/união de facto (n=21)				Não casados/união facto (n=9)						
	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP			
SA	9.0	25.0	18.3	4.4	19.0	25.0	21.6	2.0	50.000	-2.022	.045*
IN	9.0	20.0	14.7	3.3	8.0	20.0	13.7	3.4	81.500	-.593	.563
SF	8.0	15.0	12.7	1.9	10.0	15.0	13.6	2.0	71.000	-1.116	.304
AS	3.0	15.0	7.8	3.7	3.0	15.0	8.6	3.4	78.000	-.751	.476
ESSS Total	32.0	72.0	53.6	9.4	52.0	70.0	57.7	5.8	75.000	-.886	.397

* $p < .05$

Número de filhos

As tabelas 11 e 12 apresentam os resultados relativos à verificação de diferenças na autoeficácia parental e na satisfação com o suporte social, tendo em consideração o número de filhos. Para o efeito, foi utilizado o teste *U* de *Mann-Whitney*.

No que diz respeito à autoeficácia parental, os dados da Tabela 11 mostram que não existem diferenças significativas na ACPPD ($p=.334$), EIS ($p=.377$), PND ($p=.667$), CN ($p=.257$), Autoeficácia positiva ($p=.448$), Autoeficácia negativa ($p=.728$) e EAEP total ($p=.697$).

Tabela 11
Diferenças na Autoeficácia parental em função do n.º de filhos (teste U Mann-Whitney)

Escala e subescalas	N.º de filhos								U	Z	p
	1 filho (n=14)				+ que 1 filho (n=16)						
	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP			
ACPPD	54.0	75.0	69.0	5.6	55.0	75.0	67.3	5.5	88.500	-.980	.334
EIS	18.0	34.0	27.9	4.4	25.0	34.0	29.5	2.5	90.000	-.922	.377
PND	25.0	50.0	35.2	7.5	24.0	51.0	34.1	7.4	101.500	-.438	.667
CN	5.0	22.0	14.1	4.8	5.0	20.0	12.5	3.9	84.500	-1.147	.257
Dimensão positiva	33.0	66.0	49.3	9.3	33.0	71.0	46.6	9.9	93.000	-.791	.448
Dimensão negativa	77.0	108.0	97.0	8.9	80.0	108.0	96.8	7.3	103.000	-.375	.728
EAEP Total	23.0	68.0	47.6	13.1	27.0	75.0	50.1	14.3	102.500	-.396	.697

Na variável satisfação com o suporte social (Tabela 12), os cuidadores com um filho apresentam resultados mais elevados na Satisfação com os Amigos/SA ($M=21.2$, $Md=21.5$, $Min=17.0$, $Máx=25.0$), do que os que têm mais do que um filho ($M=17.6$, $Md=18.5$, $Min=9.0$, $Máx=25.0$), sendo que as diferenças encontradas se revelam estatisticamente significativas ($U=57.500$, $Z=-2.275$, $p=.022$).

Adicionalmente, na ESSS total, os cuidadores com um filho apresentam valores mais elevados ($M=58.6$, $Md=58.0$, $Min=49.0$, $Máx=72.0$), do que os cuidadores com mais filhos ($M=51.6$, $Md=53.0$, $Min=32.0$, $Máx=70.0$), evidenciando diferenças estatisticamente significativas ($U=59.500$, $Z=-2.190$, $p=.028$).

Tabela 12
Diferenças na Satisfação com o Suporte Social em função do n.º de filhos (teste *U de Mann-Whitney*)

Escala e subescalas	N.º de filhos								U	Z	P
	1 filho (n=14)				+ que 1 filho (n=16)						
	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP			
SA	17.0	25.0	21.2	2.3	9.0	25.0	17.6	4.6	57.500	-2.275	.022*
IN	11.0	20.0	15.7	3.0	8.0	20.0	13.3	3.2	65.500	-1.947	.052
SF	10.0	15.0	13.1	1.8	8.0	15.0	12.9	2.2	109.000	-.131	.918
AS	3.0	15.0	8.5	3.8	3.0	15.0	7.6	3.4	96.000	-.669	.525
ESSS total	49.0	72.0	58.6	6.4	32.0	70.0	51.6	9.1	59.500	-2.190	.028*

Nota: * $p < .05$

Habilitações literárias

Não foram encontradas diferenças significativas na autoeficácia parental, em função das habilitações literárias ACPPD ($p=.480$), EIS ($p=.808$), PND ($p=.615$), CN ($p=.341$), Autoeficácia positiva ($p=.502$), Autoeficácia negativa ($p=.511$) e EAEP total ($p=.280$).

Tabela 13
Diferenças na Autoeficácia parental em função das habilitações literárias (teste *Kruskal-Wallis*)

Escala e subescalas	Habilitações literárias									K-W	df	p
	Ensino Básico (n=16)			Ensino Sec.(n=9)			Ensino Sup. (n=5)					
	Min	Máx	M	Min	Max	M	Min	Máx	M			
ACPPD	54.0	75.0	68.8	65.0	74.0	68.7	55.0	74.0	65.0	1.467	2	.480
EIS	23.0	33.0	29.0	18.0	34.0	28.4	25.0	34.0	28.4	.426	2	.808
PND	25.0	42.0	33.2	25.0	50.0	35.2	24.0	51.0	38.0	.973	2	.615
CN	5.0	22.0	13.1	7.0	18.0	12.2	14.0	20.0	15.6	2.149	2	.341
Dimensão positiva	33.0	63.0	46.4	39.0	66.0	47.4	40.0	71.0	53.6	1.378	2	.502
Dimensão negativa	77.0	108.0	97.8	84.0	108.0	97.2	80.0	108.0	93.4	1.343	2	.511
EAEP Total	23.0	75.0	51.4	27.0	68.0	49.7	27.0	68.0	39.8	2.548	2	.280

Na mesma linha, na satisfação com o suporte social, também não se verificaram diferenças com significado estatístico, na SA (p=.264), IN (p=.870), SF (p=.441), AS (p=.575) e Satisfação com o suporte social total (p=.414).

Tabela 14
Diferenças na Satisfação com o Suporte Social em função das habilitações literárias (teste *Kruskal-Wallis*)

Escala e subescalas	Habilitações literárias									K-W	df	p
	Ensino Básico (n=16)			Ensino Sec.(n=9)			Ensino Sup. (n=5)					
	Min	Máx	M	Min	Max	M	Min	Máx	M			
SA	9.0	25.0	19.3	13.0	25.0	20.2	12.0	20.0	16.8	2.663	2	.264
IN	9.0	20.0	14.5	8.0	20.0	14.7	12.0	15.0	13.8	.279	2	.870
SF	10.0	15.0	13.5	10.0	15.0	12.5	8.0	15.0	12.4	1.637	2	.441
AS	3.0	15.0	7.5	5.0	15.0	9.0	6.0	13.0	8.2	1.106	2	.575
ESSS total	32.0	72.0	55.1	39.0	70.0	56.5	42.0	58.0	51.2	1.762	2	.414

3.3 Discussão dos resultados

A análise dos resultados levam-nos a confirmar que as dimensões de autoeficácia parental e de satisfação com o suporte social constituem variáveis relevantes no ajustamento às tarefas e funções parentais e, por conseguinte, na autodeterminação e na inclusão das pessoas com incapacidade, em linha com o disposto na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Convenção (2006).

No presente estudo verificámos que os valores da autoeficácia parental e as suas dimensões são tendencialmente mais baixos que os resultados de outros estudos com amostras de pais sem incapacidade. Assim, no estudo de Loureiro (2012), o resultado da média da dimensão da autoeficácia parental positiva foi um pouco mais elevada ($M=101.9$) do que a média do presente estudo ($M=96.93$), o que revela uma perceção elevada dos comportamentos parentais promotores do desenvolvimento da criança. Paralelamente, a dimensão da autoeficácia parental negativa foi bastante mais elevada nos pais sem incapacidade ($M=93.04$), do que a dos pais do presente estudo ($M=47.93$), o que revela que os pais com incapacidade parecem ter uma perceção mais adequada do comportamento parental e uma consciencialização dos efeitos nefastos dos comportamentos permissivos e negligentes no desenvolvimento da criança. Os resultados do estudo de Brites (2010) sobre a autoeficácia parental com amostras de pais sem incapacidade são congruentes com os resultados do presente estudo, uma vez que os valores obtidos nas subescalas da dimensão positiva também foram superiores aos obtidos nas subescalas da dimensão negativa.

Estes indicadores são consistentes com a noção de incapacidade que, por si, não é indicativa de problemas e dificuldades nas crianças e que os problemas da parentalidade são, normalmente, similares nos pais com e sem incapacidade. A literatura refere que as evidências disponíveis sugerem que, embora os pais com incapacidade tenham uma abordagem diferente na parentalidade, a presença de dificuldades, sejam físicas ou intelectuais, constituem fracos indicadores de correlação a longo prazo da má adaptação das crianças (National Council on Disability, 2012).

Relativamente à satisfação com o suporte social, constatamos que os participantes, de uma forma geral, apresentam um valor elevado de perceção do apoio proporcionado pela sua rede social. Assim, atendendo a que o valor global da escala pode variar entre 15 e 75 (Ribeiro, 2011), a média de 54.50 configura um valor elevado nos pais com incapacidade. A literatura realça a importância do suporte social, formal

e informal, no exercício das tarefas parentais, bem como nos níveis de bem-estar e qualidade de vida. Para tanto, é necessário oferecer assistência e apoio material, logístico, informativo e emocional/ afetivo aos pais e cuidadores à prática das ações parentais (Dunst & Trivette, 2010; Felizardo, 2013), o que é particularmente relevante em populações com maior fragilidade, como são as pessoas com incapacidade.

Os resultados também mostram relações significativas entre algumas dimensões da autoeficácia parental e da satisfação com o apoio social. Assim, a satisfação com o suporte global e as subescalas suporte dos amigos e intimidade emergiram como variáveis positiva e significativamente relacionadas com a autoeficácia parental positiva e suas subescalas (ACPPDA e a EIS). Estes dados reforçam a importância do suporte na emergência de comportamentos parentais positivos e promotores do desenvolvimento e aprendizagem das crianças.

No que se refere aos resultados na autoeficácia parental em função do género, constatamos que as mães apresentam resultados mais elevados no CN do que os pais e as diferenças observadas revelaram-se estatisticamente significativas, assim, os resultados sugerem que as mães têm uma atitude de controlo absoluto sobre a criança, quer no presente, quer relativamente ao seu futuro, inferior ao género masculino.

Relativamente à satisfação com o suporte social em função do género não foram encontradas diferenças significativas, ainda assim, o género feminino apresenta valores superiores na ESSS Total, o que corrobora com um estudo realizado por Lu (2006), em comparação com os homens, as mulheres recebem mais suporte social.

Apesar de não existirem diferenças significativas, no fator IN, o sexo feminino apresenta valores superiores ao sexo masculino, isto corrobora com o que foi exposto por Ornelas (1994), em que as mulheres dão mais importância ao fator intimidade do que os homens.

Relativamente aos resultados da autoeficácia parental dos pais casados/união de facto e não casados/união de facto não existem diferenças significativas. De acordo com a literatura, a separação conjugal sugere uma diminuição do desempenho parental. Contudo, esta ideia tem sofrido algumas críticas, pois, de acordo com estudos recentes, as responsabilidades parentais continuam a ser cumpridas após o processo de separação e as alterações que ocorrem não têm, necessariamente, que ser negativas para os filhos, após a separação, a capacidade parental dependerá da presença de fatores de risco e fatores protetores pessoais, familiares e sociais e da sua interação (Baum, 2003; Strohscheins, 2007; DeGarmo & Forgatch, 1999).

Quanto aos resultados relativos à satisfação com o suporte social, os pais não casados/união de facto evidenciam resultados mais elevados no fator SA do que pais casados/união de facto e as diferenças encontradas revelaram-se estatisticamente significativas. Contudo, de acordo com a literatura, existe uma diminuição do apoio recebido e de menor satisfação com esse apoio, após a separação conjugal. Os indivíduos separados/divorciados e viúvos apresentam apreciações de suporte social menos positivas, isto porque no processo de separação conjugal pode ocorrer um afastamento e perda de apoio de alguns familiares, do cônjuge e de amigos comuns ao casal, ocorrendo deste modo alterações ao nível do apoio social (Ornelas, 1994; Amato, 2000). Num estudo realizado por Amato (2000) as mulheres separadas demonstraram uma maior necessidade de assistência da rede do que as mulheres casadas.

No que diz respeito à autoeficácia parental tendo em consideração o número de filhos, não existem diferenças significativas. De acordo com um estudo realizado por Brites (2010), o número de filhos não constitui uma variável preditora de autoeficácia parental.

Na variável satisfação com o suporte social, os cuidadores com um filho apresentaram resultados mais elevados na SA do que os que têm mais do que um filho, sendo que as diferenças encontradas se revelam estatisticamente significativas. Na mesma linha, os resultados da ESSS total, os cuidadores com um filho apresentam valores mais elevados, do que os cuidadores com mais filhos. Contudo, um estudo realizado por Guterres (2002) revelou que os participantes com um número maior de filhos têm maior satisfação com as amigas, isto porque os pais acedem com mais facilidade às relações que se estabelecem com a comunidade. Estes pais costumam passear com os filhos e relacionam-se mais com os amigos com filhos da mesma idade, com a rede de vizinhança e mantêm contactos com outros sistemas socializadores, como a escola. Com isto aumentam a sua rede de suporte social.

Por outro lado, a literatura refere que o lazer e o convívio social estão comprometidos na parentalidade, originando situações de isolamento e solidão nos pais. Na interação social, cada progenitor, transpõe as suas próprias necessidades para segundo plano, as atividades sociais, como o entretenimento e o lazer, deixam de ser prioridade com o nascimento do filho (Martins, 2013).

Quanto aos resultados entre a autoeficácia parental, em função das habilitações literárias não foram encontradas diferenças significativas, o que não corrobora com a literatura. A literatura tem sugerido que pais com níveis de

escolaridade mais elevados, apresentam uma motivação superior para a parentalidade e envolvem-se mais nas tarefas relacionadas com a escola/creche dos filhos, comparativamente aos pais com menor escolaridade (Cabrera, Shannon, & Tamis-LeMonda, 2007).

Na satisfação com o suporte social, em função das habilitações literárias também não se verificaram diferenças com significado estatístico. De acordo com a revisão da literatura, as investigações desenvolvidas nesta área não são unânimes nas suas conclusões. Alguns autores como Katapodi, Facione, Miaskowski, Dodd e Waters (2002) e Navalhas (1998) referem a hipótese de não existir relação entre o nível literário e a satisfação com o suporte social, o que é consistente com os resultados do presente estudo; no entanto, outros autores como Santos, Ribeiro e Lopes (2003) referem que os indivíduos com níveis mais elevados da habilitações literárias têm uma maior satisfação com o suporte social. Os referidos autores defendem que o grau de habilitações pode favorecer o processo de integração profissional e social, aumento da comunicação com os pares e relações sociais, contudo, os resultados do presente estudo não confirmam esta hipótese.

A parentalidade é complexa e não pode ser realizada de forma individual, sendo necessário apoio adequado às necessidades dos pais ou cuidadores. A importância deste apoio é ainda maior na população com incapacidade uma vez que a informação acerca da parentalidade na incapacidade é ainda muito limitada. No entanto, sabemos que o suporte social constitui uma variável nuclear no exercício das tarefas de educação e cuidado (Felizardo, 2013), pelo que os apoios adequados são fundamentais para os pais com incapacidade e para os seus filhos; contudo, muitos dos suportes precisam ser expandidos e melhorados, no sentido de colmatarem as verdadeiras necessidades das famílias, de modo que estes pais tenham sucesso na parentalidade (National Council on Disability, 2012).

CONCLUSÃO

Abordar uma temática como a incapacidade, neste caso pais com incapacidade, reforçada em 2006 com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, é de extrema importância, devido à falta de investigação e de dados relativos à importância do papel do suporte social na percepção de autoeficácia parental nestes pais.

Como referido anteriormente, a tarefa da parentalidade é das mais complexas e com enormes desafios, principalmente para adultos com incapacidade, esta tarefa torna-se ainda mais desafiante. Neste contexto, é necessária mais investigação e intervenção no domínio, bem como conhecer as barreiras e delinear estratégias de apoio socioeducativo, para facilitar a autodeterminação destes pais.

No que se refere aos resultados na autoeficácia parental em função do género, constatamos que as mães apresentam resultados mais elevados no CN do que os pais e as diferenças observadas revelaram-se estatisticamente significativas, assim, os resultados sugerem que as mães têm uma atitude de controlo absoluto sobre a criança, quer no presente, quer relativamente ao seu futuro, inferior ao género masculino, ou seja, os pais têm uma melhor gestão de atitude e de controlo do comportamento dos filhos.

Quanto aos resultados relativos à satisfação com o suporte social, os pais não casados/união de facto evidenciam resultados mais elevados no fator SA do que os pais casados/união de facto; contudo, de acordo com a literatura, os indivíduos separados/divorciados e viúvos apresentam apreciações de suporte social menos positivas, pois, no processo de separação conjugal pode ocorrer um afastamento e perda de alguns familiares e amigos comuns ao casal (Ornelas, 1994; Amato, 2000), fatores que não corroboram com o presente estudo.

Relativamente à autoeficácia parental dos cuidadores casados/união de facto e não casados/união de facto não existem diferenças significativas, isto vai na linha de estudos recentes que referem que as responsabilidades parentais continuam a ser cumpridas após o processo de separação e as alterações que ocorrem não têm, necessariamente, que ser negativas para os filhos (Baum, 2003; Strohscheins, 2007), a capacidade parental após a rutura conjugal dependerá da presença de fatores de risco e fatores protetores pessoais, familiares e sociais e da interação entre os mesmos (DeGarmo & Forgatch, 1999).

Na variável satisfação com o suporte social, os cuidadores com um filho apresentaram resultados mais elevados na SA do que os que têm mais do que um

filho. O mesmo acontece na ESSS total, os cuidadores com um filho apresentam valores mais elevados do que os cuidadores com mais filhos, o que é consistente com a literatura que refere que o lazer e o convívio social estão comprometidos na parentalidade, provocando sentimentos de solidão e isolamento nos pais. Na interação social, cada progenitor, transpõe as suas próprias necessidades para segundo plano, as atividades sociais, como o sair, conviver e o lazer, deixam de ser prioridade com o nascimento do filho (Martins, 2013).

Por outro lado, um estudo realizado por Guterres (2002) revelou que os participantes com um número maior de filhos têm maior satisfação com as amizades, isto porque os pais acedem com mais facilidade às relações que se estabelecem com a comunidade, aumentando a sua rede de suporte social.

De acordo com a literatura, são necessários apoios adequados para estes pais e para os seus filhos, assim, torna-se importante perceber as necessidades e competências parentais e familiares; melhorar os apoios na criação de espaços e oportunidades de lazer; promover ações de educação parental nomeadamente sobre o desenvolvimento da criança e adolescente, gestão do comportamento, comunicação e interação social e dinâmicas familiares; promover o envolvimento parental nos contextos educativos e terapêuticos; apoiar as adaptações necessárias às tarefas parentais e proporcionar aconselhamento na gestão da carreira e da vida familiar (Silveira, Felizardo, & Alves, 2016).

A estes pais deverá ser dada toda a informação necessária para o cuidado e desenvolvimento do seu filho. Por exemplo, um indivíduo com incapacidade sensorial ao receber a notícia que irá ser pai/mãe, deve ser informado sobre a melhor forma de acompanhar o seu filho, nas várias esferas do seu desenvolvimento, e de que apoios dispõe.

De forma a melhorar as estratégias de intervenção é urgente aplicar as leis de forma correta e melhorar atitudes e comportamentos face às pessoas com incapacidade. Se lhes forem fornecidos os recursos necessários, estes pais terão realmente sucesso na tarefa da parentalidade.

Enquanto as leis não forem aplicadas de forma correta as pessoas com incapacidade continuarão a enfrentar barreiras para exercer o seu direito fundamental de criar famílias.

No decorrer do presente estudo, as principais limitações prenderam-se com a pesquisa de informação e a recolha da amostra. Como já referido, existem poucos estudos sobre a temática da parentalidade em pais com incapacidade, condicionando

a revisão da literatura designadamente na pesquisa de dados para comparação com este estudo.

Outra condicionante foi a acessibilidade a estes pais. Para obter a amostra foi necessário recorrer a instituições e realizar entrevistas com os pais, o que por si constituiu uma barreira, pois, para além de ser necessário adaptar a forma de comunicação, sendo por contacto direto, na maioria dos casos, podendo, esta situação, condicionar, de alguma forma, a sinceridade das respostas. Também o critério destes pais terem que ter pelo menos um filho com idade entre os 3 e 14 anos reduziu a dimensão da amostra.

Relativamente ao questionário *online*, as dificuldades na compreensão do português escrito (obrigando à deslocação para diversos locais, face à necessidade da presença de um intérprete de Língua Gestual Portuguesa), assim como o parco acesso a esta ferramenta pelos pais, constituíram-se como outras barreiras a este estudo.

Por fim, e considerando as limitações já apresentadas, não foi possível comparar os dados obtidos entre pais surdos e pais cegos pois a amostra não o permitiu. Seria interessante, em estudos futuros, proceder a esta análise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, A. (2011). *A relação entre o sentimento de competência educativa parental, o apoio social, a autoestima e o rendimento escolar em alunos do ensino básico* (Dissertação de mestrado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Agostinho, A. (2009). *Filhos na escola e filhos adultos: A relação entre funcionamento familiar, parentalidade e resiliência* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Alarcão, M. & Relvas, A. (2007). *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto.
- Amato, P. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 1269-1287. doi:10.5559/di.23.1.01
- Amorim, M. (2006). *Construção e adaptação de um teste de atenção para indivíduos com deficiência visual* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Porto.
- Ardelt, M., & Eccles, J. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family Issues*, 22 (8), 944-972.
- Ballenato, G. (2015). *Educar sem gritar: Pais e filhos: Convivência ou sobrevivência*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Baptista, M., Baptista, A. & Torres, E. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.
- Baum, N. (2003). Divorce process variables and co-parental relationship and parental role fulfillment of divorced parents. *Family Process*, 42(1), 117-131. doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.00117.x
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255-272.
- Bee, H. (2003). *A criança em desenvolvimento* (9ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bernardo, A. (2013). *Escola de mães: Ser precoce na intervenção* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.

- Bonds, D., Gondoli, D., Sturge-Apple, M. & Salem, L. (2002). Parenting Stress as a Mediator of the Relation Between Parenting Support and Optimal Parenting. *Parenting: Science and Practice*, 2 (4), 409- 435.
- Brás, P. (2008). *Um olhar sobre a parentalidade (estilos parentais e aliança parental) à luz das transformações sociais actuais* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Brites, R. (2010). *Parentalidade, auto-estima e auto-eficácia: A situação de doença crónica de um filho* (Tese de doutoramento). Universidade do Algarve, Faro.
- Brites, R., Martins, M. & Nunes, O. (2011). Escala de auto-eficácia parental: validação e estudos metodológicos. *Actas do VIII Congresso Ibero Americano de Avaliação Psicológica/Evaluación Psicológica/ V Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Cabrera, N. J., Shannon, J. D., & Tamis-LeMonda, C. (2007). Fathers' influence on their children's cognitive and emotional development: From toddlers to pre-K. *Applied Development Science*, 11(4), 208-213.
- Candeias, A. (Coord.), (2009). *Escola inclusiva: Contributos para a sua implementação*. Évora: CIEP- Centro de Investigação em Educação psicológica – Universidade de Évora.
- Caprara, G., Regalia, C., Scabini, E., Barbaranelli, C. & Bandura, A. (2004). Assessment of Filial, Parental, Marital, and Collective Family Efficacy Beliefs [versão eletrónica]. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 247-261. doi: 10.1027/1015-5759.20.4.247
- Carmo, P. (2011). *A qualidade de vida no indivíduo com perda auditiva* (Dissertação de mestrado). Associação de Politécnicos do Norte, Porto.
- Carvalho, C. (2014). *Comportamentos disciplinares, eficácia e satisfação em mães de crianças de idade pré-escolar* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- Carvalho, I. (2009). *Famílias com filhos com deficiência mental* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Casarín, A. & Infante, T. (2006). Familia y rendimiento académico. *Revista de Educación y Desarrollo*, 5, 55-59.
- Cecconello, A., Antoni, C. & Koller, S. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no context familiar [versão eletrónica]. *Psicologia em estudo*, 8, 45-54. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nsp/v8nesa07>.

- Coleman, P. & Karraker, K. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications [versão eletrônica]. *Developmental Review*, 18, 47-85. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/247322803_Self-Efficacy_and_Parenting_QualityFindings_and_Future_Applications.
- Contrada, R. & Goyal, T. (2004). Individual differences, health and illness: The role of emotional traits and generalized expectancies. In S. Sutton, A. Baum & M. Johnston (Eds), *The SAGE Handbook of Health Psychology*. London: SAGE.
- Correia, C. (2008). *O papel do apoio social na percepção de auto-eficácia parental de mães separadas* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjetiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doença*, 1 (1), 79-87.
- Cohen, L. (1998). *Mothers perceptions of the influence of their physical disabilities on the developmental tasks of children* (Dissertations). California: School of Professional Psychology.
- Coleman, P., & Karraker, K. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, 18, 47-85. doi: 10.1006/drev.1997.0448
- Conley, C., & Olkin, R. (2001). Mothers with visual impairments who are raising young children. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95(1), 14-28.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Cunha, J., Cendon, R., & Nohama, P. (2009). Tecnologias assistidas para indivíduos surdo-cegos. *Jornal Brasileiro de Neurocirurgia*, 20 (1), 54-72.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model [versão eletrônica]. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496. Obtido de <http://www.oberlin.edu/faculty/ndarling/lab/psychbull.pdf>
- DeGarmo, D. & Forgatch, M. (1999). Contexts as predictors of changing maternal parenting practices in diverse family structures. In E. M. Hetherington (Ed.), *Coping With divorce, single parenting, and remarriage: a risk and resiliency perspective*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Dias, A. (2013). *Práticas educativas parentais: Influência no desempenho académico, qualidade de vida e autoestima de estudantes do ensino secundário* (Dissertação de mestrado). Universidade Portucalense, Porto.

- Dias, L. (2011). *Inclusão social de cidadãos portadores de deficiência(s) residentes no concelho de Miranda do Douro* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Educação, Instituto politécnico de Bragança, Bragança.
- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2010). Family-centered helping practices, parent-professional partnerships, and parent, family and child outcomes. In S. L. Christenson & A.L. Reschley (Eds.), *Handbook of school-family partnerships* (pp.362-379). New York, NY: Routledge.
- Faria, M. (2015). Crenças de autoeficácia parental e de eficácia coletiva da família de pais de adolescentes: Mudança ou estabilidade? *Psicologia, Educação e Cultura*, 1 (19), 130-142.
- Felizardo, S. M. A. S. (2013). *Deficiência, família(s) e suporte social: contextos e trajetórias de desenvolvimento para a inclusão* (Tese de Doutoramento). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Felizardo, S., & Ribeiro, E. (2015). Envolvimento parental e suporte social em contextos inclusivos. In J.A. Palhares & A.J. Afonso (Org.), *Atas do I Colóquio Internacional de Ciências Sociais da Educação, II Encontro de Sociologia da Educação – O não formal e o informal em educação: Centralidades e periferias* (pp. 1453-1458). Braga: Editora Centro de Investigação em Educação (CIEd). Universidade do Minho. ISBN: 978-989-8525-27-7.
- Filho, J. & Burd, M. (2004). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freire, S. (2008). Um olhar sobre a inclusão. *Revista de Educação*, 1, 5-20.
- Freixo, M. (2012). *Metodologia científica-Fundamentos métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gargurevich, R., Chaparro, C. & Luyten, P. (2007). Adaptación y propiedades psicométricas de cuestionarios: Transacciones de soporte social (CTSS) y satisfaccion de soporte social (CSSS). *Revista de Psicologia*, 9, 92-103.
- Gimeno, A. (2001). *A família: O desafio da diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gomide, P., Salvo, C., Pinheiro, D. & Sabbag, G. (2005). Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. *Psico-USF*, 10(2), 169-178.
- Gonçalves, M. (2012). *Comunicação interpessoal nas escolas: Um estudo com alunos do 6º e 9º anos de escolaridade* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Goodnow, J. & Collins, W. (1990). *Development according to parents: The nature, sources and consequences of parents ideas*. Obtido de https://books.google.pt/books/reader?id=CAh7AgAAQBAJ&hl=pt-PT&printsec=frontcover&output=reader&source=gbs_atb_hover&pg=GBS.PT1
- Grilo, I. (2013). *Quando os olhos não vêem...qualidade de vida familiar, satisfação com a vida e apoio social percebido na deficiência visual* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Guterres, M. (2002). *Suporte social e qualidade de vida em pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Jamieson, R. (1994). Teaching as transactions Vygotskian perspectives on deafness and mother child interaction. *Exceptional Children*, 60, 434-449.
- Jiménez, R., Prado, F., Moreno, L. & Rivas, A. (1997). O deficiente auditivo na escola. In R. Bautista (Coord.), *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dina Livro.
- Jones, T. & Prinz, R. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363.
- Kalina, E. (1999). *Psicoterapia de adolescentes: Teoria, técnica e casos clínicos (3ªed)*. Porto Alegre: Artmed
- Katapodi, M. C., Facione, N. C., Miaskowski, C., Dodd, M. J.& Waters, C. (2002). The influence of social support on breast cancer screening in a multicultural community sample. *Oncology nursing forum*, 29 (5), 845-852. doi: 10.1188/02.ONF.845-852
- Kroeff, P. (2012). A pessoa com deficiência e o sistema familiar. *Revista Brasileira de Terapia de Família*, 4(1), 67-84.
- Louro, C. (2001). *Acção Social na deficiência*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Lopes, L. (2011). *A satisfação do suporte social e a qualidade de vida nos doentes de internamento da unidade hospitalar de Bragança* (Trabalho de mestrado). Faculdade de Medicina, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- Lu, L. (2006). The transition to parenthood: stress, resources and gender differences in a Chinese society. *Journal of Community Psychology*, 34, 471-488. doi: 10.1002/jcop.20110
- Madeira, S. (2013). *Relação entre as características da situação vivida, suporte social e resiliência, após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Maia, M., Maia, M., Alves, M., Maia, S., Dantas, T. & Neta, A. (2011). Pessoas com deficiência visual e o acesso a informação. XXIV congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação. Obtido de <http://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/1/6250/1/626-2826-1-PB.pdf>
- Magalhães, B. (2012). Avaliação das práticas educativas parentais em famílias negligentes e/ou abusivas (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Maia, T. (2008). Pessoas com necessidades especiais na sociedade e no mercado de trabalho- perspectiva inclusiva (Dissertação de mestrado). Obtido de http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3852
- Maroco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ª Ed.). Pero Pinheiro: Report Number.
- Martin, M., & Bueno, S. (1997). Deficiente Visual e Acção Educativa. In R. Bautista (coord.). *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 317- 347). Lisboa: Dina Livro.
- Martins, C. (2013). A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: Uma teoria explicativa de enfermagem (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- McWilliam, R. & Scott, S. (2001). A support approach to early intervention: A three-part framework. *Infants and Young Children*, 13(4), 55-66.
- McWilliam, R. (2012). *Trabalhar com as famílias de crianças com necessidades especiais*. Porto: Porto Editora.
- Mesquita, S. (2011). Acessibilidade de museus europeus para deficientes visuais. (Dissertação de Mestrado) Obtido de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/8113/1/247043.pdf>
- Meunier, J., & Roskam, I. (2009). Self-efficacy beliefs amongst parents of young children: Validation of a selfreport measure. *Journal of Child & Family Studies*, 18, 495-511. doi:10.1007/s10826-008-9252-8
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- National Council on Disability (2012). *Rocking the Cradle: Ensuring the rights of parents with disabilities and their children*. Obtido de <http://www.ncd.gov/publications/2012/Sep272012>.
- Navalhas, J. C. B. (1998). Crise e suporte social: efeitos potenciais do suporte social. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 3, 27-46.

- Nunes, G. (2013). Processamento visual no espaço central e periférico em indivíduos com surdez congénita (Dissertação de mestrado). Obtido de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10599/1/ulfpie046434_tm.pdf
- Organização Mundial da Saúde (1989). *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps)*. Ministério do Emprego e da Segurança Nacional. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: Origens, conceito e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 2-3(12), 333-339.
- Ozbay, F., Johnson, D., Dimoulas, E., Morgan, C., Charney, D. & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice [versão eletrónica]. *Psychiatry*, 4(5), 35- 40. Obtido de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921311/pdf/PE_4_5_35.pdf.
- Paço, J., Branco, C., Moreira, I., Carocha, C. & Henriques, M. (2010). *Introdução à surdez*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Padua, E. & Rodrigues, L. (2013). Família e deficiência: Reflexões sobre o papel do psicólogo no apoio aos familiares de pessoas com deficiência. Obtido de <http://www.uel.br/eventos/congressomultidisciplinar/pages/arquivos/anais/2013/AT07-2013/AT07-028.pdf>
- Pires, A. (2008). *Estudo da conjugalidade e da parentalidade através da satisfação conjugal e da aliança parental* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Preston, P. (2011). Parents with disabilities, *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Obtido de <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/36/>
- Preston, P. & Jacob, J. (2012). National survey of students who have parents with disabilities. Unpublished preliminary analyses.
- Reis, I. (2012). *Intervenção social com família multiproblemáticas: Diálogos entre a sistémica e a mediação* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Relvas, A. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, J. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa: Editora LDA
- Rodrigues, N. (2006). *Equilíbrio em indivíduos com deficiência visual: Estudo comparativo em praticantes e não praticantes de actividade física regular*. Obtido de https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=541

- Rodrigues, S. (2004). *A experiência da perda da visão, a vivência de um processo de reabilitação, e as percepções sobre a qualidade de vida* (Dissertação de mestrado). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- Rodriguez, S. & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of mental health*, 3, 535-544.
- Roque, V. (2013). Variáveis sociodemográficas e familiares e sentido de competência parental (Dissertação de mestrado). Obtido de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/25037/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Vanessa%20Sofia%20Martins%20Roque.pdf>.
- Sabatelli, M. & Waldron, J. (1995). Measurement issues in the experience of parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 57, 969-980.
- Santos, R. (2012). *As práticas educativas parentais: Percepções de pais e filhos* (Dissertação de mestrado). Universidade da Madeira, Funchal. Obtido de <http://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/713/1/MestradoRaquelSantos.pdf>
- Santos, C., Ribeiro, J. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, saúde & doenças*, 4 (2), 185-204.
- Sarason, G., Levine, M. Basham, B. & Sarason R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire [versão eletrónica]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139. Obtido de <http://www.psych.uw.edu/research/sarason/files/SocialSupportQuestionnaire.pdf>
- Sarason, I. & Sarason, B. (2009). Social support: Mapping the construct [versão eletrónica]. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26 (1), 113-120. Obtido de <http://www.psych.uw.edu/research/sarason/files/SSMC.pdf>
- Satúrio-Pires, C. (2009). *Estilos educativos parentais, autoconceito e desempenho académico* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Obtido de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3562/1/10406.pdf>.
- Silva, A., Pereira, M. & Zanoli, M. (2007). Mães ouvintes com filhos surdos: Concepção de surdez e escolha da modalidade de linguagem. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (3), 279-286 . obtido de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n3/a06v23n3.pdf>
- Silva, C. (2015). *O assistente social e a operacionalização das políticas sociais na deficiência: Realidade ou utopia?* (Dissertação de mestrado). Universidade de Trás-os Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Silva, L. (2001). *Acção social na área da família*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, M. (1991). *Desporto para deficientes: Corolário de uma evolução conceptual* (Dissertação apresentada às provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade

- Científica). Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física do Porto, Universidade do Porto, Porto.
- Silva, M. (2015). *O suporte social percebido e a satisfação com os papéis de vida numa amostra de adultos trabalhadores* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- Silva, V. & Mattos, H. (2004). Os jovens são mais vulneráveis às drogas?. *Adolescência e drogas* (pp.31-44). São Paulo: Contexto.
- Silveira, R., Felizardo, S., & Alves, A. B. (2016). Parentalidade, incapacidade e satisfação com o suporte social. *Millenium, Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(1), 53-61.
- Sousa, A. & Filho, M. (2008). A importância da parceria entre família e escola no desenvolvimento educacional. *Revista Iberoamericana de Educación*, 44(7), 2-8.
- Sousa, J. (2006). As famílias como projectos de vida: O desenvolvimento de competências resilientes na conjugalidade e na parentalidade. *Saber (e) Educar*, 11, 41-47.
- Sousa, M. & Baptista, C. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios* (5ª Ed.). Lisboa: Pactor.
- Strecht, P. (2015). *Parentalidade positiva*. Lisboa: Verso de kapa.
- Strohschein, L. (2007). Challenging the presumption of diminished capacity to parenting practices? *Family Relations*, 56, 358-369. Obtido de <http://www.jstor.org/stable/4541684>
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research and interventions*. New York: Praeger.
- Vieira, M. (2011). *A iniciativa novas oportunidades: Uma oportunidade inclusiva* (Trabalho de Projeto de Mestrado). Universidade de Lisboa, Instituto de Educação, Lisboa.
- Wanderley, Barbosa, Pagliuca, Oliveira, Almeida & Rebouças (2010). Comunicação verbal e não-verbal de mãe cega durante a higiene corporal da criança. *Revista Rene*, 11, 150-159.
- Weber, L., Prado, P., Viezzer, A. & Brandenburg, O. (2004). Identificação de estilos parentais: O ponto de vista dos pais e dos filhos [versão eletrónica]. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 17(3), 323-331. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a05v17_n3.pdf
- ONU, Organização das Nações Unidas (1948). *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. Publicada no Diário da República, I Série A, n.º 57/78, de 9 de Março de

1978, Obtido de <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/cidh-dudh.html>

Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação, Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. 1º Plano de Acção para a integração das pessoas com deficiência ou incapacidade. Obtido de <http://www.inr.pt/uploads/docs/programaseprojectos/paipdi/PAIPDIdesenv.pdf>

ANEXOS

Anexo A – Dados Sóciodemográficos

(Responda às questões que se seguem e assinale com um X nas opções que se aplicam ao seu caso)

1- Género:

Feminino

Masculino

2- Idade: _____

2.1- Idade do pai/ mãe dos seus filhos: _____

3- Zona do país onde reside:

Norte

Centro

Lisboa e Vale do Tejo

Alentejo e Algarve

Arquipélagos (Madeira ou Açores)

4- Local de residência:

Rural

Urbano

5- Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a)/ União de Facto

Divorciado(a)/ separado(a)

Viúvo(a)

6- O seu cônjuge/ companheiro(a) tem algum problema de saúde/ incapacidade:

Sim

Não

6.1- Se respondeu sim, qual?

7- Habilitações literárias:

Não frequentou a escola

1º Ciclo (4º ano)

2º Ciclo (6º ano)

3º Ciclo (9º ano)

Ensino Secundário/ Profissional (12º ano)

Ensino Superior (Bacharelato/ Licenciatura)

Mestrado

Doutoramento

Outro: _____

7.1- Habilitações literárias do pai/ mãe dos seus

filhos:

Não frequentou a escola

1º Ciclo (4º ano)

2º Ciclo (6º ano)

3º Ciclo (9º ano)

Ensino Secundário/ Profissional (12º ano)

Ensino Superior (Bacharelato/ Licenciatura)

Mestrado

Doutoramento

Outro: _____

8- Situação Profissional:

Estudante

Empregado(a)

Desempregado(a)

Doméstico(a)

Aposentado(a)

Outro: _____

8.1- Situação Profissional do pai/mãe dos seus filhos:

____ Estudante

____ Empregado(a)

____ Desempregado(a)

____ Doméstico(a)

____ Aposentado(a)

____ Outro: _____

9- Profissão: _____

9.1- Profissão do pai/ mãe dos seus filhos: _____

10- Número de filhos: _____

10.1 Para cada filho, indique:

Idade | Género (**M**asculino/ **F**eminino) | Ano de escolaridade

Filho 1 _____ | _____ | _____

Filho 2 _____ | _____ | _____

Filho 3 _____ | _____ | _____

Filho 4 _____ | _____ | _____

Filho 5 _____ | _____ | _____

11- Tem algum filho com problemas de saúde ou de comportamento?

Sim _____ Não _____

11.1- Se respondeu sim, indique o tipo de problema:

12- Constituição do agregado familiar (com quem vive):

13- Outros problemas de saúde:

Aplicado a		Cego		Surdo	
Causa					
Classificação	Congénita				
	Adquirida				
	Adquirida em que idade				
Grau de perda	Ligeira				
	Moderada				
	Severa				
	Profunda				
	Cofose/ Total				
Formas de comunicação utilizadas	Língua Gestal Portuguesa				
	Códigos Familiares				
	Língua Portuguesa Oral				
	Língua Portuguesa Escrita				
	Braille				
	Língua Oral Portuguesa sem Braille				

Anexo B – Instrumento “Escala de Autoeficácia Parental”

Esta escala procura descrever a forma como a pessoa se vê, em termos da sua eficácia na vida, e a forma como ela se vê, no que se refere à sua eficácia enquanto mãe/ pai.

De modo geral, sou eficaz na vida:

0 (Nada) 20
(Totalmente)

ENQUANTO MÃE OU PAI (REFRA-SE À RELAÇÃO COM O(S) SEU(S) FILHO(S))

(1 = Nunca; 5 = Sempre)

1	Desconheço qual a profissão que o meu filho quer ter	1	2	3	4	5
2	O meu filho vai para a cama e levanta-se à hora que quer	1	2	3	4	5
3	Raramente sinto necessidade de ir à escola do meu filho	1	2	3	4	5
4	Vou buscar o meu filho à escola sempre à hora combinada, para que não se sinta esquecido	1	2	3	4	5

Anexo C – Instrumento “Escala de Satisfação com o Suporte Social”

Escala de Satisfação com o Suporte Social a seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E

Anexo D – Pedido de acesso e permissão de utilização da “Escala de Autoeficácia Parental”

De: Rosana Silveira (rosana_mfsilveira@hotmail.com)
Para:
Assunto: Pedido autorização para utilização da EAEP
Data: sábado, 12 de dezembro de 2015 13:10:43

Exm.

Eu, Rosana Maria Freitas Silveira, aluna do Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, da Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Viseu, a realizar o Projeto Final do curso, venho, por este meio, solicitar a devida autorização, bem como as indicações necessárias, para a utilização da Escala de Auto-Eficácia Parental (EAEP), versão traduzida e adaptada para a população portuguesa.

O projeto de investigação tem como objetivo principal estudar a autoeficácia parental e o suporte social em pais com Incapacidade e tem como orientadoras as Prof. Doutoras Sara Felizardo e Ana Berta Alves.

Manifesto a minha inteira disponibilidade para prestar qualquer esclarecimento que considere necessário.

Agradeço a atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos,
Rosana Silveira

De:
Para: Rosana Silveira (rosana_mfsilveira@hotmail.com)
Assunto: Re: Pedido autorização para utilização da EAEP
Data: segunda-feira, 14 de dezembro de 2015 11:43:05

Bom dia,
tem autorização para utilizar a escala de Eficácia-Parental. Envio a versão final da mesma, assim como o artigo e a tese onde a mesma é referida e apresentada.
Votos de um bom trabalho. Caso tenha alguma dúvida, não hesite em contactar-me.

Melhores cumprimentos,

Anexo E – Pedido de acesso e permissão de utilização da “Escala de Satisfação com o Suporte Social”

De: Rosana Silveira (rosana_mfsilveira@hotmail.com)

Para:

Assunto: Pedido autoerização para utilização da ESSS

Data: sábado, 12 de dezembro de 2015 13:24:13

Exm.

Eu, Rosana Maria Freitas Silveira, aluna do Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, da Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Viseu, a realizar o Projeto Final do curso, venho, por este meio, solicitar a devida autorização, bem como as indicações necessárias, para a utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), versão traduzida e adaptada para a população portuguesa.

O projeto de investigação tem como objetivo principal estudar a autoeficácia parental e o suporte social em pais com Incapacidade e tem como orientadoras as Prof. Doutoras Sara Felizardo e Ana Berta Alves.

Manifesto a minha inteira disponibilidade para prestar qualquer esclarecimento que considere necessário.

Agradeço a atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos,
Rosana Silveira

De:

Para: Rosana Silveira (rosana_mfsilveira@hotmail.com)

Assunto: RE: Pedido autoerização para utilização da ESSS

Data: domingo, 13 de dezembro de 2015 14:16:04

Cara colega

Autorizo o uso da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Informo que na minha página, na secção books, encontra o manual da escala

Cordialmente

Anexo F – Pedido de colaboração para fins de projeto de mestrado

Assunto: Pedido de *Colaboração em trabalho de investigação*.

No âmbito do Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, na Escola Superior de Educação de Viseu, encontro-me a realizar, um trabalho de investigação, sob a orientação da Prof.^a Doutora Sara Alexandre Felizardo e co-orientação da Mestre Ana Berta Alves.

O estudo tem como temática central a *Auto eficácia parental e Suporte social em pais com necessidades especiais* e visa conhecer alguns indicadores relativos ao exercício da parentalidade, assim como a sua relação com dimensões do apoio social. A participação no estudo implica o preenchimento de um questionário que inclui dados de identificação e de caracterização familiar e parental. Os dados obtidos na pesquisa serão mantidos sob confidencialidade, não sendo divulgada a identidade (ou qualquer outra informação) dos participantes em qualquer relatório ou publicação.

Por conseguinte, sou a solicitar a V. Ex.^a a colaboração no estudo, facilitando o contacto com os vossos associados que sejam pais/ cuidadores, com o intuito de aplicar os questionários.

Esperando o bom acolhimento, manifesto desde já a minha inteira disponibilidade para prestar qualquer esclarecimento adicional que considere conveniente.

Viseu, ___ de janeiro de 2016.

Com os melhores cumprimentos,

Rosana Silveira

Anexo G – Resposta ao Pedido de Colaboração da Instituição I

De:
Para: Rosana Silveira
Assunto: Re: Colaboração em trabalho de investigação
Data:

Exma. Sra. Rosana Silveira,

No seguimento do seu email informamos que o seu questionário foi divulgado na nossa página de facebook.

Atenciosamente,
XXXX
Associação Portuguesa XXXX
Tel:
Email:
Site:

Anexo H – Resposta ao Pedido de Colaboração da Instituição II

De:
Para: rosana_mfsilveiraotmail.com
Assunto: Colaboração em Trabalho de Investigação
Data:

Exma. Senhora
Rosana Silveira

Confirmamos a recepção do seu e-mail, que agradecemos.

Neste sentido, informamos que já divulgámos o questionário através da nossa página do Facebook.

Gratos pela colaboração e compreensão de V. Exa., subscrevemo-nos com os melhores cumprimentos.

Pela Direção da XXXX

O Presidente

XXXX

Anexo I – Resposta ao Pedido de Colaboração da Instituição III

De:
Para: rosana_mfsilveiraotmail.com
Assunto: Colaboração em Trabalho de Investigação
Data:

Bom dia Rosana,

Informo que já procedemos à divulgação do seu questionário pelos nossos associados e familiares.

Sem mais assunto, a XXXX deseja-lhe a continuação de um ótimo trabalho.

Cumprimentos,

XXXX

Associação

XXXX

Tel:

E-mail: