



INSTITUTO SUPERIOR DE
SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

Atraso Global de Desenvolvimento

Os estilos parentais enquanto preditores da
proteção ou do risco.

Discente: Ana Cristina Moreira da Costa

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social
do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social.

Orientador:

Prof.^a Doutora Madalena Sofia Oliveira

Setembro
2023

“Não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade do que a forma como esta trata as suas crianças.”

Nelson Mandela

Resumo

O desenvolvimento caracteriza-se como um processo dinâmico e multifatorial, criado a partir da combinação de diversos fatores (biológicos, ambientais, familiares e sociais), com caráter de proteção e/ou de risco, pelo que será enorme a variabilidade entre crianças com processos normativos de desenvolvimento e crianças com alterações de desenvolvimento.

Enquadrado na categoria das Perturbações de Desenvolvimento Intelectual, o Atraso Global de Desenvolvimento é um conceito aplicável a crianças entre os 0 e os 5 anos, que não cumprem as etapas de desenvolvimento esperadas para a sua faixa etária. A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 10% da população mundial apresente algum tipo de deficiência ou incapacidade e, aproximadamente, 4 a 5% das crianças até aos 5 anos apresenta atraso global de desenvolvimento (Vale, Maria do Carmo, 2020).

Na sociedade atual, a família permanece como a principal rede de suporte, ajuda e cuidados. Contudo, a permanente prestação de cuidados exige um esforço contínuo a nível físico, psicológico, social e económico, provocando muitas vezes sobrecarga, pelo que se revela fundamental compreender e conhecer a vida e a qualidade de vida percecionada pelos cuidadores, de modo a intervir junto dos mesmos, promovendo o seu bem-estar geral e a melhoria da sua qualidade de vida.

Assim, o objetivo geral do estudo passou por, a partir do conhecimento dos estilos e práticas parentais utilizados pelas figuras de vinculação de crianças entre os 0 e os 6 anos, com atraso global de desenvolvimento e/ou risco grave de atraso de desenvolvimento, compreender de que modo os estilos utilizados se manifestam como fatores de proteção ou de risco para a exposição dos menores a situações de vitimização. Para o efeito, foram utilizados para a recolha de dados três instrumentos: um Questionário de Caracterização Sociodemográfica, a Escala WHOQOL-BREF- Adaptação Portuguesa do WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life- BREF) e o Questionário de Estilos e Dimensões parentais (QEDP): Versão Reduzida- Adaptação Portuguesa do Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ)- Short Form.

Os resultados demonstram que, na sua maioria, as famílias participantes recorrem a estilos e práticas parentais de caráter positivo, para educação e socialização das suas crianças. Contudo, a seleção destes estilos pode ser influenciada por um conjunto de fatores internos e/ou externos ao próprio cuidador.

Palavras-chave: atraso global de desenvolvimento, vitimização, bem-estar geral, figura de vinculação, serviço social.

Abstract

Development characterizes as both a dynamic and multifactorial process that was born from a combination of factors (biological, environmental, familiar, and social) with a protective and risky character; therefore, the variability between children with normative developmental processes and children with developmental changes will be enormous.

Falling under the category of Intellectual Developmental Disorders, Global Developmental Delay is a concept applicable to children between 0 and 5 years old who do not meet the developmental stages expected for their age group. In the Western child population, global developmental delay has an estimated prevalence of 1% and 3%, causing consequences for children and their families.

In today's society, the family remains the leading support, help, and care network. However, the permanent provision of care requires a continuous effort at the physical, psychological, social, and economic levels, often causing overload, so evaluating and intervening in the quality of life and the general well-being of caregivers of children with developmental disorders is essential.

Thus, the general objective of the study was to assess how the quality of life and general well-being of the attachment figures of children between 0 and 6 years of age with global developmental delay or severe risk of developmental delay may manifest as a protective or risk factor for the exposure of minors to situations of victimization and neglect. The instruments used for data collection were a Sociodemographic Characterization Questionnaire, the WHOQOL-BREF Scale – Portuguese Adaptation of the WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life - BREF) and the Parental Styles and Dimensions Questionnaire (QEDP): Reduced Version - Portuguese Adaptation of the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ)- Short Form.

The result show that, for the most part, participating families resort to positive parenting styles and practices for the education and socialization of their children. However, the selection of these styles can be influenced by a set of factors internal and/or external to the caregiver.

Keywords: global developmental delay, victimization, general well-being, attachment figure, social work.

Agradecimentos

À Professora Doutora Madalena Sofia Oliveira, pela disponibilidade com que aceitou a orientação, pela confiança que colocou neste trabalho, pela exigência e rigor que me impôs e pelas palavras de constante incentivo.

Ao Doutor Carlos Peixoto, pelo conhecimento transmitido e pela colaboração no tratamento estatístico.

Ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância e à Subcomissão de Coordenação Regional do Norte do SNIPI, pela autorização para a recolha da amostra necessária à execução do presente estudo.

A todas as Equipas Locais de Intervenção Precoce que permitiram a recolha de dados, pela disponibilidade e colaboração demonstrada.

A todas as famílias e cuidadores pela prontidão com que aceitaram participar no estudo e pelos seus valiosos contributos.

Aos meus pais, pelo amor, pelo incentivo e por acreditarem neste sonho.

Ao Cristiano, pelo amor e motivação constante.

Índice

Resumo.....	II
Abstract	IV
Agradecimentos.....	V
Índice.....	VI
Índice de Tabelas.....	VIII
Índice de Figuras	X
Glossário de Siglas	XI
Introdução.....	1
Capítulo 1. Enquadramento Teórico	4
1.1. Atraso Global de Desenvolvimento.....	4
1.1.1. Critérios Relativos à Definição e Prevalência	4
1.1.2. O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância e o Papel do Assistente Social nas Equipas Locais de Intervenção Precoce	6
1.2. O Contexto de Socialização como Fator de Proteção ou Fator de Risco para a Vitimização.....	12
1.2.1. Qualidade de Vida	12
1.2.2. Os Critérios de Bem-Estar Geral das Figuras de Vinculação.....	14
1.2.3. Estilos e Práticas Parentais: fatores de predisposição para a negligência e a violência	17
1.3. Os Estilos Parentais enquanto fatores preditores da vitimização e da negligência	21
1.4. O Serviço Social e a Vitimização de Crianças com Atraso Global de Desenvolvimento	23
Capítulo 2. Contexto de Estudo e Opções Metodológicas	27
2.1. Questões de Investigação.....	27
2.2. A Definição dos Objetivos de Pesquisa.....	27
2.2.1. Objetivo Geral	27
2.2.2. Objetivos Específicos	27
2.3. Processo de Recolha de Dados	28
2.3.1. Metodologia de Recolha de Dados.....	28
2.3.2. Instrumentos de Recolha de Dados	30
2.4. População Alvo e Amostra	31
Capítulo 3. Resultados.....	33
3.1. Análise	33
3.2. Discussão	65
Capítulo 4. Conclusão	70

Bibliografia.....	74
Anexos.....	79
Anexo 1. Pedido de Autorização ao SNIPI	80
Anexo 2. Pedido de Colaboração às Equipes Locais de Intervenção Precoce da Região Norte	82
Anexo 3. Pedido de Autorização para Utilização do Instrumento QEDP	83
Anexo 4. Pedido de Autorização para Utilização do Instrumento WHOQOL-BREF	84
Anexo 5. Consentimento Informado	85
Anexo 6. Questionário de Caracterização Sociodemográfica.....	86

Índice de Tabelas

Tabela 1: Crianças/alunos para quem foram mobilizadas medidas seletivas e/ou adicionais de suporte à aprendizagem e à inclusão, por nível de ensino e ciclo de estudos	6
Tabela 2: Crianças acompanhadas pelo SNIPI, por idade, em Portugal Continental	8
Tabela 3: Caracterização das famílias/cuidadores participantes	33
Tabela 4: Caracterização das crianças das famílias participantes no estudo.....	35
Tabela 5: Quantitativo das Subescalas do QEDP da amostra total	36
Tabela 6: Relação entre as subescalas do QEDP e o tipo de família	37
Tabela 7: Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e o número de elementos do agregado	39
Tabela 8: Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e o número de crianças no agregado	40
Tabela 9: Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e a idade do cuidador principal	40
Tabela 10: Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e o nível de habilitações do cuidador principal.....	41
Tabela 11: Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e o tipo de cuidador principal	43
Tabela 12: Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e o género das crianças	44
Tabela 13: Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e a idade das crianças.....	45
Tabela 14: Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e a idade das crianças no momento em que se inicia o acompanhamento pela ELI.....	46
Tabela 15: Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e o número de irmãos da criança em acompanhamento	46
Tabela 16: Relação entre as médias das subescalas do QEDP e a tipologia de atraso de desenvolvimento.....	47
Tabela 17: Relação entre as médias das subescalas do QEDP, a Perturbação da Linguagem e Comunicação e o Atraso Global de Desenvolvimento.....	49
Tabela 18: Relação entre as médias das subescalas do QEDP, a Perturbação do Espectro de Autismo e o Atraso Global de Desenvolvimento	49
Tabela 19: Relação entre as médias das subescalas do QEDP, a Perturbação do Espectro de Autismo e a Perturbação da Linguagem e Comunicação.....	50
Tabela 20: Perceção Global da Qualidade de Vida dos Participantes	51

Tabela 21. Correlação entre os resultados do QEDP e os resultados do WHOQOL-BREF...	52
Tabela 22. Correlação entre a Percepção Global da Qualidade de Vida e a Tipologia Familiar	54
Tabela 23. Correlação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e o número de elementos do agregado familiar.....	56
Tabela 24. Correlação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e o número de crianças no agregado familiar.....	56
Tabela 25. Relação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e o tipo de cuidador principal	57
Tabela 26. Correlação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e a idade do cuidador principal.....	57
Tabela 27. Relação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e o nível de habilitações do cuidador principal.....	58
Tabela 28. Relação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e o género das crianças em acompanhamento.....	59
Tabela 29. Correlação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e a idade das crianças.....	59
Tabela 30. Correlação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e a idade das crianças no momento em que iniciam o apoio da ELI	60
Tabela 31. Correlação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e o número de irmãos da criança em acompanhamento	60
Tabela 32. Relação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e a tipologia de atraso de desenvolvimento.....	61
Tabela 33. Relação entre as dimensões do WHOQOL-BREF, o autismo e o atraso global de desenvolvimento.....	62
Tabela 34. Relação entre as dimensões do WHOQOL-BREF, o autismo e a perturbação da linguagem e comunicação	62
Tabela 35. Relação entre as dimensões do WHOQOL-BREF, a perturbação da linguagem e comunicação e o atraso global de desenvolvimento	63

Índice de Figuras

Figura 1: Teoria Ecológica do Desenvolvimento.....	11
Figura 2: Pirâmide de Maslow	13

Glossário de Siglas

AGD- Atraso Global de Desenvolvimento

APA- Associação Americana de Psiquiatria (American Association Psychiatric)

APSS- Associação dos Profissionais de Serviço Social

DSM- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

ELI- Equipa Local de Intervenção Precoce

IP- Intervenção Precoce

OMS- Organização Mundial de Saúde

PDI- Perturbação de Desenvolvimento Intelectual

SNIPi- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Introdução

Enquadrado na categoria das Perturbações de Desenvolvimento Intelectual (PDI), o Atraso Global de Desenvolvimento (AGD) constitui-se como um conceito aplicável a crianças entre os 0 e os 5 anos, que não cumprem as etapas de desenvolvimento esperadas para a sua faixa etária e que, pela idade, não reúnem critérios para avaliação através de escalas estandardizadas (APA, 2013).

Enquanto processo dinâmico e multifatorial entende-se que, o desenvolvimento tem na sua génese a combinação de fatores biológicos, ambientais, familiares e sociais, com caráter de proteção e/ou de risco, o que origina uma enorme diversidade entre crianças com processos normativos de desenvolvimento e crianças com alterações de desenvolvimento. Assim, é fundamental que, tanto o diagnóstico como a intervenção ocorram o mais precocemente possível, permitindo intervir nas dificuldades demonstradas pelas crianças, fomentando as suas competências.

Seguindo este ideal, nos anos 80, surgem em Portugal, os primeiros programas de Intervenção Precoce (IP), revelando uma maior preocupação com o diagnóstico precoce das perturbações de desenvolvimento, enfatizando o papel das interações entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais e, orientando a prática para o trabalho e intervenção com as famílias.

Diversas investigações no âmbito da intervenção com crianças com atraso global de desenvolvimento e/ou risco grave de atraso de desenvolvimento têm demonstrado que, a abordagem centrada na família é uma prática recomendada, como alternativa às práticas baseadas no modelo médico. Serrano (2007) declarou que, apesar da Intervenção Precoce ter surgido como uma medida centrada na criança, rapidamente se compreendeu que a participação dos pais aumentava a eficácia do apoio. Deste modo, a IP considera a abordagem centrada na família como um dos seus eixos, caracterizando-a como uma abordagem e tratamentos das famílias guiada pelos princípios do respeito e da dignidade, salientando os seus pontos fortes, dotando-as de conhecimentos para que possam decidir de forma informada e fomentando uma relação de parceria entre a família e os profissionais (Dunst, Trivette, Hamby, 2007; Espe-Sherwindt, 2008).

Efetivamente, a família é a principal estrutura de promoção do desenvolvimento das

crianças, mesmo quando estas experienciam da intervenção dos profissionais de Intervenção Precoce.

Deste modo, ao intervir com as famílias e, enquanto profissional de Intervenção Precoce, o Assistente Social deve focar-se na resolução da problemática do agregado, capacitando-o e fomentando o desenvolvimento de competências que garantam a prestação de cuidado e proteção às suas crianças.

Mais do que proteção e satisfação de necessidades básicas, as figuras de vinculação devem ser sinónimo de uma base sólida e segura, a partir da qual as crianças exploram o mundo. Bowlby (1973/1993) realça a importância destas relações afetivas precoces referindo que, todas as relações construídas posteriormente pela criança, serão baseadas nesta primeira relação com o seu cuidador principal. Soares (2009) refere que as qualidades dos cuidados prestados ao bebé pela sua figura de vinculação influenciam a qualidade do seu desenvolvimento emocional, interferindo no seu funcionamento emocional futuro.

Assumindo-se como uma estrutura baseada nos laços sanguíneos, no amor e na transmissão de valores, a família representa a garantia da sobrevivência dos seus membros. Porém, são várias as famílias que ao longo da vida, vivem situações que condicionam o seu bom funcionamento. Apesar destas condições desfavoráveis serem experienciadas por diversos agregados familiares, apenas os que experienciam uma multiplicidade de fatores poderão ser definidas como multiprobleáticas (Oliveira, 2016).

Sabe-se que, a vulnerabilidade das famílias, conjugada com fatores como a pobreza, o alcoolismo ou a toxicodependência, a violência ou a negligência, a deficiência e a depressão, constitui um fator de risco para a ocorrência de situações de violência e negligência (Gómez *et al.*, 2007; Gómez, Cifuentes & Ortún, 2012 *cit in* Oliveira, 2016).

Se as crianças com padrões normativos de desenvolvimento, pela sua falta de maturidade, se encontram em situações de maior vulnerabilidade, tal risco acentua-se quando se trata de crianças com atraso global de desenvolvimento (Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Bates, G., Mikton, C., Shakespeare, T. & Officer, A., 2012).

Entendendo os estilos parentais como o conjunto de comportamentos dos pais, que originam um ambiente emocional promotor da manifestação das interações pais-filhos e, através do qual os pais influenciam aspetos comportamentais, emocionais e intelectuais dos filhos (Weber, L.N.D.; Viezzer, A. P.; Brandenburg, O.J., 2004), importa compreender de que modo estes são

influenciados pelo nível de bem-estar e de qualidade de vida dos cuidadores. A partir deste conhecimento, a presente investigação pretende compreender o impacto destes estilos na vitimização ou negligência de crianças com atraso global de desenvolvimento e/ou risco grave de atraso global de desenvolvimento.

O presente trabalho encontra-se organizado em duas partes. A Parte I é composta por três capítulos, sendo o primeiro dedicado à revisão do conceito de atraso global de desenvolvimento, à análise da sua prevalência na sociedade e ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância enquanto medida que visa garantir as condições necessárias ao desenvolvimento das crianças. No segundo capítulo, é analisado o contexto de socialização dos menores como fator de proteção e/ou de risco para a exposição a situações de risco, nas quais se incluem maus-tratos físicos ou psicológicos e negligência. Por último, no terceiro capítulo é explicitado o papel do Serviço Social na intervenção com crianças com atraso global de desenvolvimento. A Parte II é dedicada ao estudo empírico, apresentando-se ao longo desta parte, as questões de investigação, os objetivos e a metodologia, designadamente os instrumentos utilizados, os procedimentos cumpridos ao longo da investigação e a constituição da amostra. Posteriormente, proceder-se-á à análise e discussão dos resultados.

Por último, na conclusão desta dissertação, serão apresentadas algumas considerações e limitações ao estudo.

Capítulo 1. Enquadramento Teórico

1.1. Atraso Global de Desenvolvimento

1.1.1. Critérios Relativos à Definição e Prevalência

O Atraso Global de Desenvolvimento (AGD) enquadra-se na categoria das Perturbações de Desenvolvimento Intelectual (PDI), sendo o conceito aplicável a crianças entre os 0 e os 5 anos, que não cumprem as etapas de desenvolvimento esperadas para a sua faixa etária e que, pela idade, não reúnem critérios para avaliação através de escalas estandardizadas (APA, 2013). Por não se apresentar como uma categoria individualizada de diagnóstico, o AGD tem vindo a ser entendido por alguns autores como um conceito flexível e não categorial (Cohen & Spenciner, 1994).

Seguindo o mencionado no DSM-V, existem teorias que procuram diferenciar os conceitos atraso global de desenvolvimento e perturbação de desenvolvimento.

McConnell (1998) refere, que quando uma criança não cumpre as “*tarefas desenvolvimentais*” típicas para a sua faixa etária, mas não existe uma condição explicativa para a situação, nem um diagnóstico específico, considera-se que a criança apresenta um atraso de desenvolvimento. Contrariamente, alguns autores apresentam definições nas quais o AGD é compreendido como uma subcategoria das perturbações de desenvolvimento (Molofsky & Gold, 1988; Shevell *et al.*, 2003; Shevell, 2008). Na visão de Molofsky e Gold (1988), o Atraso Global de Desenvolvimento corresponde a um atraso, uma deficiência e/ou uma regressão no processo de aquisição dos marcos e aprendizagens desejáveis à faixa etária, podendo originar uma deficiência. Shevell (2008), por sua vez, reafirma que a designação atraso global de desenvolvimento se encontra especificamente, direcionada para crianças com idade igual ou inferior a 5 anos, cuja avaliação em duas ou mais áreas do desenvolvimento (competências pessoais e sociais, linguagem, cognição e motricidade fina e/ou grossa), se encontra dois ou mais níveis abaixo do valor médio do grupo etário. No entanto, importa referir que nem todas as crianças com AGD virão a apresentar diagnósticos de défice intelectual ou de perturbação de desenvolvimento intelectual.

Numa tentativa de operacionalização do conceito, alguns autores afirmam ser possível agrupar as definições de AGD em dois grupos: i) *definições genéricas*, que definem o atraso global de desenvolvimento como um atraso das crianças na aquisição das tarefas

desenvolvimentais típicas para a sua faixa etária, numa ou mais áreas do desenvolvimento (Bellman & Cash, 1987; Schoon, Sacker, Hope, Callishaw & Maughan, 2005); as *definições que fazem referência a um, dois ou mais critérios* (Bellman & Cash, 1987; Cohen & Spenciner, 1994; Ferreira, 2004; Shevell *et al.*, 2003; Shevell, 2008).

Assim, constatamos uma clara dificuldade na definição de critérios e consequente operacionalização do conceito, o que pode encontrar-se associado à plasticidade cognitiva, emocional e comportamental das crianças e à heterogeneidade em termos de desenvolvimento infantil (Bellman & Cash, 1987).

O desenvolvimento caracteriza-se como um processo dinâmico e multifatorial, criado a partir da combinação de fatores biológicos, ambientais, familiares e sociais, com caráter de proteção e/ou de risco, pelo que se revela enorme a variabilidade entre crianças com processos normativos de desenvolvimento e crianças com alterações de desenvolvimento.

É fundamental a realização de uma anamnese aprofundada, de forma a reunir informação detalhada quanto às potencialidades e dificuldades das crianças (Ellison & CliKeman-Semrud, 2007), que podem ter a sua génese em fatores ocorridos em diferentes fases do desenvolvimento- fatores pré-natais (antes do nascimento), fatores perinatais (durante o nascimento) ou fatores pós-natais (após o nascimento) (Reddihough, Marraffa, Rowell, Carne & Ferguson, 2009).

Os dados do Relatório “*Educação Inclusiva 2020/2021*”, publicado pelo Ministério da Educação, através da Direção-Geral de Estatísticas da Educação (DGEEC) revelam que:

No ano letivo 2020/2021, nas escolas públicas da rede do Ministério da Educação, existiam 78 268 alunos matriculados para os quais foram mobilizadas medidas seletivas e/ou adicionais de apoio à aprendizagem e à inclusão, no âmbito dos respetivos Relatórios Técnico-Pedagógicos (RTP);

Desses 78 268 alunos, 3 474 (4,4%) estavam inscritos na educação pré-escolar, o que significa que teriam idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos;

No ano letivo 2020/2021, nas escolas públicas da rede do Ministério da Educação, 2,7% dos Relatórios Técnico-Pedagógicos foram elaborados para crianças a frequentar a educação pré-escolar.

Tabela 1: Crianças/alunos para quem foram mobilizadas medidas seletivas e/ou adicionais de suporte à aprendizagem e à inclusão, por nível de ensino e ciclo de estudos

Nível de Ensino	Nº Alunos	% Alunos
Pré-Escolar	3 474	4,4
1º Ciclo	22 522	28,8
2º Ciclo	16 169	20,7
3º Ciclo	24 941	31,9
Ensino Secundário	11 162	14,3
Total	78 268	100

Fonte: DGEEC/MEC

Assim, tanto o diagnóstico como a intervenção devem ocorrer o mais precocemente possível, permitindo diminuir as dificuldades das crianças e potencializar as suas competências. Seguindo esta premissa, é criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, no qual o Assistente Social assume uma função de grande relevo na intervenção com as crianças e o seu núcleo familiar.

1.1.2. O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância e o Papel do Assistente Social nas Equipas Locais de Intervenção Precoce

Em Portugal, a Intervenção Precoce (IP) surge aliada às mudanças no modelo de atendimento e intervenção com crianças entre os 0 e os 6 anos e, principalmente, com crianças com necessidade especiais.

A assinatura da Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994) originou um movimento crescente de inclusão das crianças com necessidades especiais. Até então, os serviços de atendimento centravam-se exclusivamente na criança, baseando-se no modelo médico de intervenção e dando principal ênfase às questões patológicas e deficitárias. Segundo este modelo, os profissionais eram os únicos capazes de intervir nos problemas dos menores.

Nos anos 80, surgem em Portugal, os primeiros programas de IP, demonstrando uma maior preocupação com o diagnóstico precoce das perturbações de desenvolvimento, enfatizando o papel das interações entre os fatores biológicos, psicológicos e socioculturais e, orientando a sua prática para o trabalho com as famílias (L. Carvalho et al., 2016; Cruz et al.,

2003; Pimentel, 2005). Durante os anos 90, dá-se a nível nacional, um desenvolvimento significativo dos projetos de IP.

Em 1999, é regulamentada a prática de IP, através da publicação do Despacho Conjunto nº 891/99 de 19 de outubro, que aprovou as *“orientações reguladoras de intervenção precoce para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e as suas famílias”*. Assim, reconhece-se a necessidade de definir, conceptualmente, a natureza e os objetivos da intervenção precoce, delineando um modelo organizativo integrado e de partilha de responsabilidades intersectoriais.

Este diploma define a IP como *“uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante ações de natureza preventiva e habilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social”* (Artigo 1º, ponto 2). Esta medida destinava-se *“a crianças até aos 6 anos, com especial incidência dos 0 aos 3 anos, que apresentem deficiência ou risco de atraso grave de desenvolvimento”* (Artigo 1º, ponto 3) e tinha como objetivos *“facilitar o desenvolvimento global da criança, otimizar a interação criança-família, e envolver a comunidade no processo de intervenção”* (Artigo 1º, ponto 5).

Após um longo período de avaliação do Despacho, foi publicado a 6 de outubro de 2009, o Decreto-lei 281/2009, que cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). De acordo com este documento, o SNIPI consiste

Num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento. (Artigo 1º, ponto 1).

De acordo com o Decreto-lei, o apoio do SNIPI dirige-se a crianças entre os 0 anos e os 6 anos e respetivas famílias, que apresentem condições enquadradas em dois grupos de critérios: **Critério 1:** *“Alterações nas funções ou estruturas do corpo”* limitativas do seu normal desenvolvimento e da participação nas atividades típicas, de acordo com os referenciais normativos de desenvolvimento, para a sua faixa etária e para o seu contexto social; **Critério 2:** *“Risco grave de atraso de desenvolvimento”* pela existência de condições biológicas,

psicoafectivas ou ambientais, promotoras de uma elevada probabilidade de surgimento de atraso de desenvolvimento da criança.

Através dos dados apresentados no “*Relatório de Atividades de 2017*” do SNIPI constatamos que:

Em 2017 o SNIPI acompanhou 21 331 crianças, entre os 0 anos e os 6 anos, das quais 143,2 crianças (26,2%) foram acompanhadas por Equipas Locais de Intervenção Precoce da Região Norte;

Do total de crianças acompanhadas, em 2017, pelo SNIPI (16 050 crianças), 75,2% apresentava uma idade superior a 3 anos e 24,8% (5 281 crianças) tinha idades compreendidas entre os 0 anos e os 3 anos;

Quanto aos critérios de elegibilidade para o SNIPI, desde 2010, 75,3% das crianças apresentavam alterações nas funções e estruturas do corpo (critério 1), 11,3% enquadravam-se no grupo de menores com risco grave de atraso de desenvolvimento (critério 2) e 13,4% das crianças apresentavam características que as colocavam nos critérios 1 e 2.

Tabela 2: Crianças acompanhadas pelo SNIPI, por idade, em Portugal Continental

Região	Idade entre os 0 e os 3 anos	Idade superior a 3 anos
Norte	828	4755
Centro	913	2249
Lisboa e Vale do Tejo	2595	6162
Alentejo	439	1865
Algarve	506	1019
Total	5281	16 050

Fonte: Relatório de Atividades 2017 do SNIPI

Estudos realizados no âmbito da intervenção com crianças com atraso global de desenvolvimento e/ou com risco grave de atraso de desenvolvimento e com as suas famílias têm demonstrado, que a abordagem centrada na família é uma prática recomendada, em alternativa ao modelo médico que, apenas procurava diminuir os défices revelados pelas crianças, descurando a família, as rotinas e os contextos de vida da criança (J. Carvalho, 2015;

Costa, 2017; Division for Early Childhood, 2014; Dunst et al., 2014; Dunst & Dempsey, 2007; Dunst & Trivette, 2008; Espe-Sherwindt, 2008; Leite, 2018; Mas et al., 2018; Pereira & Serrano, 2014; M. Pinto, 2012; Serrano, 2017; Sukkar et al., 2017).

As famílias são, efetivamente, a principal estrutura de organização e promoção do desenvolvimento das crianças, mesmo quando estas apresentam um atraso de desenvolvimento e experienciam a intervenção dos profissionais da IP (Bronfenbrenner, 1979; Guralnick, 2011). Assim, os profissionais devem compreender, que a família é a principal responsável pela criança bem como, o sistema que usufrui de mais oportunidades para influenciar o desenvolvimento das crianças (Almeida, I. C., 2011; Carvalho, L., 2016; Dunst, 2010; McWilliam, R. A., 2010). No entanto, não podemos esquecer as crianças integradas em acolhimento residencial que, mesmo que oriundas de agregados familiares desestruturados, negligentes ou rejeitantes, demonstram dificuldades em lidar com a separação, perdendo o sentido de pertença (Mota & Matos, 2021). Assim, é fundamental que os profissionais das casas de acolhimento trabalhem de modo a criar condições facilitadoras da integração das crianças neste novo ambiente.

Porém, sabemos que a maioria destas instituições tem regras bastante rígidas, onde cada um dos cuidadores é responsável por um elevado número de crianças, não sendo a sua presença constante na vida das crianças por si cuidadas. Deste modo, a sua intervenção pauta-se, maioritariamente, pela satisfação das necessidades básicas, não respondendo adequadamente às necessidades individuais dos menores e, não usufruindo da oportunidade para a prestação de cuidados individualizados, nem para o estabelecimento de relações de afeto e vinculação (Frank, Klass, Earls & Eisenberg, 1996 *cit in* Costa, A. R., 2021). Visto que, a ausência de uma relação estável entre a criança e um adulto significativo se pode revelar um obstáculo ao desenvolvimento saudável da criança (Gunnar & Kertes, 2005 *cit in* Costa, A. R., 2021) torna-se fundamental a adaptação do contexto institucional para que responda, adequadamente, às necessidades físicas e emocionais dos menores. Para tal, os adultos que rodeiam as crianças, familiares ou não, devem assumir-se como atentos e sensíveis às necessidades destes, promovendo a criação de relações vinculativas seguras que, influenciarão o seu desenvolvimento cognitivo e psicossocial (Costa, A. R., 2021).

Atualmente, a família é considerada essencial na prestação dos cuidados à criança, pelo que o apoio da IP tem como foco potenciar as competências das famílias para a promoção do desenvolvimento das suas crianças, reconhecendo os seus valores, os pontos fortes, as

prioridades e as preferências de todos os membros bem como, os apoios e os recursos existentes, respondendo de forma individualizada às suas necessidades, considerando-as capazes de tomar decisões informadas e concretizar as suas escolhas (Dunst, 2017; Sukkar et al., 2017).

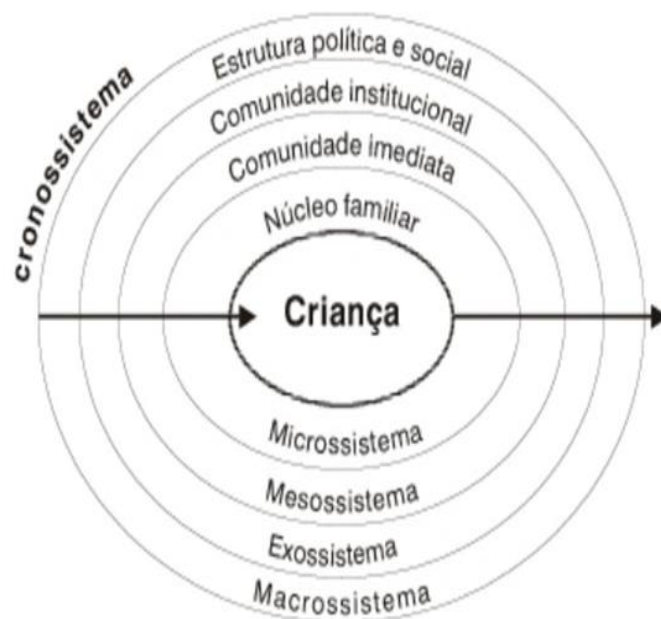
Para a Associação Portuguesa de Profissionais de Serviço Social, “(...) *o Assistente Social é um agente de mudança na sociedade e na vida dos indivíduos, das famílias e das comunidades (...)*” (APSS, 2000). Considerando, que a intervenção social se manifesta como uma ajuda contínua em termos relacionais e por uma capacidade técnica de promoção social dos sujeitos nos seus meios naturais de vida, em contexto de IP, o profissional de Serviço Social deve intervir no contexto natural de vida das crianças, diagnosticando a realidade e construindo propostas ajustadas às necessidades e aos interesses manifestados pelos sujeitos da intervenção.

Santos (2015) defende que é uma obrigação de todos os profissionais trazer as famílias para o centro da intervenção, aceitando-as e respeitando-as como um todo que, independentemente, da sua estrutura, organização, valores e crenças, ocupam um lugar central no processo de desenvolvimento e socialização das crianças.

Aliado à abordagem centrada na família encontra-se o pressuposto que, o funcionamento e desenvolvimento da criança pode ser otimizado se forem providenciados serviços promotores das competências familiares (Mahoney, O’Sullivan & Dennenbaum, 1990 *cit in* Pimentel, 2004). Logo, as intervenções centradas na família devem fomentar a capacitação e responsabilização dos sujeitos pela promoção e desenvolvimento das capacidades individuais e familiares, para o fortalecimento e ajustado funcionamento do agregado (Dunst & Trivette, 1994 *cit in* Pimentel, 2004).

Enquanto principal agente socializador das crianças, a família ocupa um lugar central na intervenção do Assistente Social. Assim, é fundamental que o profissional considere que, as famílias possuem um passado e um presente, onde se encontra a informação sobre a problemática, sendo necessário recorrer aos sistemas sociais que influenciam e são influenciados pela dinâmica familiar (Caparrós, 1998).

Figura 1: Teoria Ecológica do Desenvolvimento



Fonte: Diagrama de Bronfenbrenner

Sendo a família um meio natural, privado, dotado de crenças, valores, costumes e emoções próprias, que lhe conferem uma identidade e singularidade, o Assistente Social deve estar capacitado para adequar a sua intervenção a cada família, avaliando as características dos sujeitos e do contexto envolvente. Ao aceder ao espaço privado da família, o profissional adquire uma compreensão mais aprofundada relativamente às necessidades e prioridades da mesma, procurando promover a inclusão dos menores através de uma lógica de intervenção centrada na família (Silva, 2000).

Robertis (2003 cit in Ferreira, 2009, pp. 206) afirma que,

“(...) o assistente social se dirige enquanto profissional de ajuda, a pessoas e grupos e tem como missão moderar e facilitar os elementos que lhes permitem alterar a situação para uma situação de autonomia”.

Sendo a família a pedra basilar do desenvolvimento e proteção das suas crianças, importa compreender quais os critérios que podem condicionar a concretização desta missão. No próximo, capítulo serão abordados os conceitos de qualidade de vida e de bem-estar geral das figuras de vinculação, enquanto fatores de proteção e/ou de risco para a vitimização dos

menores, tendo em conta os estilos parentais utilizados enquanto variáveis que tendem a influenciar a eficácia das práticas educativas (Carapito, 2017; Dias, 2012; Pinto, 2012 cit in Loureiro, N. & Pregueiro, J., 2021). Assim, debruçar-nos-emos sobre os padrões parentais identificados por Baumrind (1966), designados como permissivo, autoritário e autoritativo/democrático.

1.2. O Contexto de Socialização como Fator de Proteção ou Fator de Risco para a Vitimização

1.2.1. Qualidade de Vida

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994) entende a qualidade de vida como

“(...) a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Tal definição demonstra que, a qualidade de vida é influenciada pela saúde física e psicológica, pelo nível de independência, pelas relações sociais, pelas crenças pessoais e pelas características intrínsecas do meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida dos sujeitos.

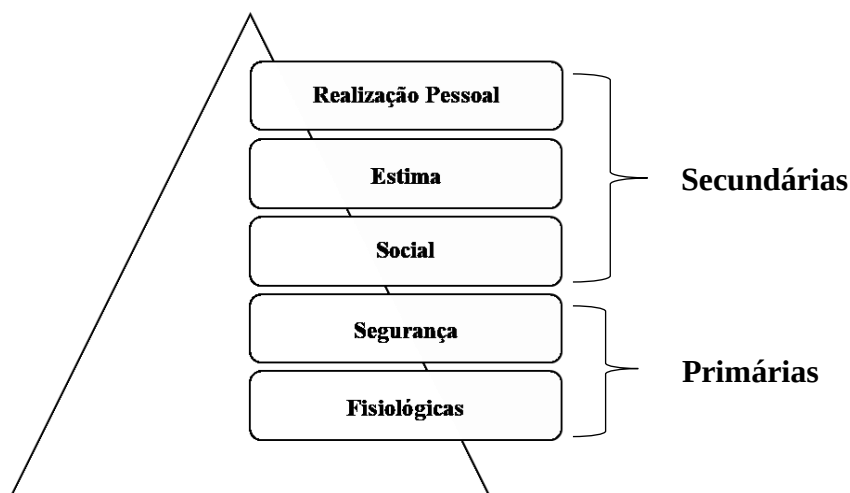
Utilizada pela primeira vez em 1964, por Lyndon Johnson, quando este afirmou que só é possível medir o alcance dos objetivos estipulados com base no nível de qualidade de vida que estes proporcionaram aos sujeitos (Canavarro *et al.*, 2010), a expressão *qualidade de vida* é entendida por alguns autores como um estado de bem-estar físico, mental e social que, exige uma relação entre todas as componentes individuais (físicas, emotivas, mentais, espirituais, sociais e culturais) (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

De acordo com o estudo *“Quality of Life Of American People”* só é possível conhecer verdadeiramente a experiência de qualidade de vida quando, o próprio indivíduo, descreve a forma como sente a sua vida (Campbell & Rodgers, 1976 cit in Fleck, 1998) e o profissional, independentemente da sua visão, é capaz de interpretar a percepção individual dos sujeitos.

Interpretando o ser humano como um sistema aberto e em constante interação com o meio, reconhecemos a existência de um conjunto de necessidades básicas, das quais depende a qualidade de vida dos sujeitos. Maslow, através da Teoria das Necessidades Humanas, defende

que as necessidades se encontram organizadas de acordo com uma relação hierárquica, conduzindo os sujeitos para o alcance de diferentes níveis de satisfação (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Figura 2: Pirâmide de Maslow



Diversos autores procuraram identificar as dimensões que constituem a qualidade de vida.

Nos seus estudos, Campbell nomeou doze domínios: comunidade; educação; vida familiar; amizades; saúde; habitação; casamento; nação; vizinhanças; *self*; padrão de vida; trabalho. (Campbell *et al.*, 1976 cit in Fleck, 1998).

Por sua vez, o estudo de Flamagan (1982 cit in Fleck, 1998) apresenta-nos um conjunto de dimensões mais alargado: conforto material, saúde e segurança pessoal; relações familiares; ter e criar filhos; relações de proximidade com a esposa ou parceiro sexual; amizades íntimas; ajudar e encorajar os outros; participar em assuntos de governos locais; aprender, ir à escola, aumentar o conhecimento, aumentar o conhecimento sobre si mesmo e conhecer os seus pontos fortes e limitações; trabalhar em algo que seja interessante, que tenha mérito e que seja recompensador; expressar-se de forma ativa; socializar com os outros; ler, ouvir música, ver desporto ou outros entretenimentos; participar em recreação ativa.

Ao longo dos tempos intensificou-se a preocupação em compreender e avaliar o nível de qualidade de vida dos sujeitos. Hyland (1992 cit in Pais Ribeiro, 2002) defende que a qualidade de vida pode ser interpretada à luz de duas abordagens distintas: *abordagem multifacetada* que corresponde à tradicional abordagem clínica, através da qual a qualidade de vida é considerada como um resultado independente dos dados relativos à morbilidade e à mortalidade. Segundo

esta visão, a qualidade de vida e a morbidade são vistas como variáveis dependentes, mas sem relação direta entre si; *abordagem processual-causal*, através da qual a qualidade de vida é interpretada como uma sequência causal, formada pelas interações entre os fatores psicológicos e a morbidade.

Deste modo reconhece-se que, a avaliação da qualidade de vida deve integrar dimensões positivas e negativas, enfatizando as percepções individuais dos sujeitos relativamente a cada uma delas. Só o correto entendimento e consequente avaliação da qualidade de vida dos indivíduos nos irá permitir avaliar o bem-estar geral das figuras de vinculação das crianças com atraso global de desenvolvimento e/ou risco grave de atraso de desenvolvimento.

Interpretando a qualidade de vida como a percepção de cada sujeito sobre as várias dimensões da sua vida (saúde física, mental e psicológica), conjugada com critérios de âmbito pessoal, económico e sociocultural (OMS, 1998) compreende-se que, por exemplo, a qualidade de vida dos cuidadores de crianças com perturbação do espectro de autismo seja fortemente influenciada pela sobrecarga e pela ausência de orientação e suporte a que a família se encontra exposta contribuindo, em alguns casos, para o isolamento familiar (Manoel, Testa, Waidman, Decesaro & Marcon, 2013).

O artigo “*Qualidade de vida dos cuidadores familiares de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista*” (Brasil, 2020) revela que, os familiares destas crianças apresentam uma menor percepção de qualidade de vida, aliada a níveis mais elevados de stress e a uma menor capacidade para desempenhar as tarefas diárias.

1.2.2. Os Critérios de Bem-Estar Geral das Figuras de Vinculação

Estudos sobre o fenómeno da vinculação e sobre o bem-estar das figuras vinculativas têm contribuído para o planeamento de políticas sociais dedicadas à proteção das crianças e à promoção dos seus direitos.

Desenvolvida por Bowlby (1969), a Teoria da Vinculação refere-se à existência de uma relação emocional profunda e duradoura, responsável por unir duas pessoas entre si, no espaço e ao longo do tempo (Ainsworth, 1973; Bowlby, 1969). Bowlby refere que os sujeitos nascem dotados de um sistema psicobiológico (sistema comportamental de vinculação) que promove o estabelecimento de relações de proximidade com outros indivíduos- as figuras de vinculação. Ao estudar o desenvolvimento humano, Bowlby baseia-se em duas ideias centrais: a qualidade das relações afetivas das crianças depende das experiências precoces da sua interação com o

cuidador; oscilações na qualidade da vinculação encontram-se na génese das diferenças individuais de personalidade (Sroufe, 2005 *cit in* Pacheco A., & Canário C., 2021).

Esta teoria apresenta um carácter evolucionista ao considerar que as crianças possuem um sistema comportamental (choro, riso, toque) facilitador da relação de proximidade entre si e o seu principal cuidador (Bowlby, 1969 *cit in* Pacheco A., & Canário C., 2021), sendo através da interação contínua com as figuras de vinculação e das experiências precoces com os cuidadores, que as crianças formam representações mentais sobre si mesmas (Hazan & Shaver, 1987).

Ainsworth (1973) focou-se nas diferenças individuais da vinculação, identificando padrões comportamentais que se diferenciam pela forma como as crianças procuram equilibrar as necessidades de proteção, conforto e satisfação das suas necessidades e o desejo de conhecer o meio envolvente:

Crianças seguras: reconhecem a disponibilidade da figura de vinculação, que lhes assegura proteção, segurança e conforto. Esta atitude por parte do cuidador permite, que em situações de stress, a criança seja capaz de se autorregular, permanecendo na tarefa de exploração do seu meio;

Crianças inseguras: sentem que, apesar da existência de uma figura de vinculação, esta tende a revelar-se como não apoiante. Assim, Ainsworth (1978) identificou duas classes de crianças inseguras: *grupo inseguro-evitante* constituído pelas crianças que exploram o meio de forma independente, não demonstrando dificuldade no afastamento da figura vinculativa e evitando a presença da mesma após nova aproximação; *grupo inseguro-ambivalente/resistente* respeitante às crianças que demonstram receio na exploração do meio, mesmo antes da separação da figura de vinculação, procurando constantemente verificar a presença desta. No momento de aproximação com a figura vinculativa, estas crianças tendem a demonstrar comportamentos ambivalentes, oscilando entre a procura de contacto/proximidade e comportamentos de resistência.

Crianças desorganizadas/desorientadas: manifestam-se pela inexistência de um padrão organizado de comportamentos, que lhes permita lidar com as suas necessidades de vinculação, vivendo entre a procura de proteção e o medo do cuidador (Pacheco A., & Canário C., 2021).

A vinculação ao longo da primeira infância influencia o desenvolvimento emocional, cognitivo e social das crianças, mas não pode ser considerada um fator determinante ou estático,

visto que, o desenvolvimento corresponde a um processo dinâmico, suscetível de sofrer alterações durante as fases críticas do desenvolvimento e, de acordo com a alteração do comportamento da figura de vinculação (Water & Cummings, 2000).

Os cuidados parentais e a qualidade dos mesmos, prestados no contexto das relações precoces são um pilar fundamental para o desenvolvimento das crianças (Cardoso & Veríssimo, 2013). Atualmente, a família permanece como a principal rede de suporte, ajuda e prestação de cuidados.

Todavia, a permanente prestação de cuidados exige um esforço contínuo a nível físico, psicológico, social e económico, provocando quase sempre sobrecarga. Baseados nesta premissa, é fundamental avaliar e intervir no bem-estar dos cuidadores de crianças com AGD.

As figuras de vinculação, principais responsáveis pela prestação de cuidados, experienciam um conjunto de sentimentos complexos e diversificados. *“Amor e raiva, paciência e intolerância, carinho, tristeza, irritação, desânimo, pena, revolta, insegurança, negativismo, solidão, dúvida quanto aos cuidados (...)”* são sentimentos revelados pelos cuidadores (Cardoso, 2011 cit in Silveira et al., 2006). Muitas vezes, estes sentimentos são vividos na solidão e no isolamento, factos que associados à pressão da existência de uma vida que depende dos seus cuidados, contribuem para o desenvolvimento de sobrecarga emocional e de stress no cuidador, interferindo na qualidade dos cuidados prestados (Cardoso, 2011 & Manoel et al., 2013).

O grande hiato entre o tempo de atividade e o tempo de repouso, o esforço físico, o desgaste emocional, o sentimento de culpa e a responsabilidade em suportar a situação, assumindo novos papéis em prejuízo de outros, revelam-se como fatores de instabilidade no bem-estar e na saúde do cuidador (Cardoso, 2011) que, muitas vezes, minimiza o seu sofrimento, adiando os cuidados com a sua saúde, acabando por se tornar alvo de cuidados (Pereira & Silva, 2012; Manoel et al., 2013; Melo et al., 2014).

Ao longo da história, a definição de saúde foi sofrendo alterações, rompendo com o conceito biomédico e aproximando-se do modelo biopsicossocial. A OMS (2001) elabora uma definição que integra conceitos de ordem biológica, psicológica e social, passando a definir o conceito de saúde como um estado total de bem-estar físico, mental e social e não unicamente como a ausência de doença ou enfermidade.

1.2.3. Estilos e Práticas Parentais: fatores de predisposição para a negligência e a violência

A socialização das crianças é um processo longo, iniciado no contexto familiar e complementado através da frequência de contextos sociais mais alargados. Como primeiro e principal contexto socializador, a família desempenha um papel fundamental no comportamento e desenvolvimento das crianças (Baumrind, 1991; Parke & Buriel, 2006), educando-as e promovendo o seu desenvolvimento pessoal e social, de modo a que estas adquiram um conjunto de competências como, independência, autonomia, assertividade, confiança, tolerância à frustração, capacidade de tomada de decisões, respeito pelas normas vigentes, controlo dos impulsos, empatia na relação com os outros, responsabilidade e aceitação das consequências das suas ações e decisões (Ortiz, Fuentes & López, 2014; Palacios, 2014; Rodrigo & Palacios, 1998). É dentro desta estrutura que o ser humano, ao longo do seu ciclo de vida, se desenvolve, construindo um percurso singular e irrepetível (Faco & Melchiori, 2009; Nardone, Giannotte & Rocchi, 2003).

Porém, educar uma criança é uma tarefa complexa, que exige que os pais recorram a um conjunto de técnicas e estratégias, as *práticas educativas parentais*, facilitadoras do controlo das crianças e promotoras da transmissão e desenvolvimento de valores que orientem as atitudes e comportamentos das mesmas. Estas técnicas, aliadas às expressões e atitudes dos pais (e.g. gestos, tom de voz, postura corporal) nos momentos de interação com os seus filhos, constituem o conjunto de *estilos parentais* (Darling & Steinberg, 1993; Gomide, Salvo, Pinheiro & Sabbag, 2005).

Enquanto grupo, a família vai evoluindo, tendo em consideração os seus objetivos e o cumprimento das suas funções que, pela influência dos contextos em que as famílias se inserem, se vão alterando (Figueiredo, 2012).

O sistema familiar deve assumir-se como suporte para as suas crianças, desempenhando funções fundamentais para o seu desenvolvimento e bem-estar, nomeadamente de caráter afetivo, educativo, de alimentação, de proteção e de socialização (Minuchin, 2013; Palacios, 2014). Porém, alguns contextos familiares não garantem o desempenho destas funções o que, em consequência, condiciona a satisfação das necessidades básicas dos menores, colocando em risco o seu desenvolvimento e a sua integridade física e/ou psicológica (Hidalgo, Menéndez, Sánchez, Lorence & Jiménez, 2009; Nunes & Ayala-Nunes, 2015; Rodrigo et al., 2008). Nestes contextos, os fatores de risco assumem-se como variáveis associadas a uma alta probabilidade

de ocorrência de atos e resultados de caráter negativo e, por isso, indesejáveis para os indivíduos (Reppold, Pacheco, Bardagi & Hutz, 2002). Para Garmezy (1985), os fatores de risco são as variáveis que, se presentes, aumentam a probabilidade de a criança desenvolver um desajuste emocional e/ou comportamental.

Assim, com base na complexidade e diversidade da dinâmica, da estrutura e da configuração familiar contemporânea, considera-se família em risco psicossocial aquela em que, por fatores de âmbito pessoal, relacional ou ambiental, os responsáveis pela prestação de cuidados e pela garantia de satisfação das necessidades básicas, respondem de forma inadequada às exigências do exercício da sua função parental, negligenciando ou colocando em perigo as crianças (Portaria nº. 139/2013, de 2 de abril, MTSS).

Lidchi (2010) identificou um conjunto de fatores de risco para o saudável funcionamento da estrutura familiar e para o cumprimento adequado das suas funções: padrão de comunicação confuso; inexistência de técnicas alternativas para a resolução de conflitos; estrutura familiar rígida e com dificuldade de adaptação às mudanças; funções, responsabilidades e rotinas familiares pouco definidas; relação conflituosa ou violenta entre o casal; relações familiares conflituosas.

A mesma autora identificou, ainda, quatro principais fatores que contribuem para uma maior predisposição da família a não responder, satisfatoriamente, às necessidades dos menores:

Fatores Sociais (e.g. famílias socialmente excluídas ou marginalizadas, em virtude da etnia, religião ou classe social);

Fatores Políticos (e.g. inexistência de políticas públicas promotoras da diminuição das desigualdades sociais);

Fatores Económicos (e.g. famílias com escassos recursos económicos);

Fatores Interpessoais (e.g. agregados familiares com histórico de negligência ou violência familiar).

Outros autores identificam também, como fatores de risco: as perturbações psicopatológicas dos pais; as situações de dependência de substâncias e/ou de jogo; a parentalidade precoce; a reduzida tolerância ao stress (Byrne, 2010); a monoparentalidade, as

baixas qualificações acadêmicas; os escassos recursos económicos; a residência em contextos violentos (Rodrigo, Martin, Cabrera & Márquez, 2009).

Contudo, importa salientar que para além dos fatores de risco, as famílias também são influenciadas por fatores de proteção, isto é, por um conjunto de estratégias pessoais ou sociais com capacidade de diminuir o impacto do risco (Eisenstein & Souza, 1993) como, o estabelecimento de laços afetivos e emocionais com a família alargada, as relações de apoio entre irmãos e a construção de redes de apoio social, que reduzem as consequências negativas dos fatores de risco (Werner, 2000).

O conceito *parentalidade* refere-se ao conjunto de atividades de proteção, educação e integração que os pais desempenham, de modo a assegurar o desenvolvimento e a sobrevivência dos seus filhos. Porém, o correto e equilibrado exercício da parentalidade pode ser condicionado por fatores biológicos, psicológicos e/ou ambientais (e.g. sexo, idade, competências cognitivas, estado de saúde mental, estrutura familiar, situações de harmonia ou conflito conjugal, religião, etnicidade) (Belsky, 2014; Belsky & Jaffee, 2006; Borustein, 2016; Kotchick & Forehand, 2002; Maccoby, 2000).

Hoffmann (1960, 1975) apresenta um modelo teórico de práticas educativas, no qual afirma que a relação pai-filho é baseada no poder sendo que, os pais demonstram um maior nível de poder sobre os seus descendentes.

Através de técnicas disciplinares- técnicas indutivas e técnicas coercitivas- os pais conseguem influenciar o comportamento dos seus filhos, corrigindo as condutas consideradas socialmente desadequadas. Segundo o autor, as *técnicas indutivas* caracterizam-se por os pais explicarem aos filhos as consequências do seu comportamento enquanto que, as *técnicas coercitivas* correspondem à utilização ou ameaça da utilização de atos punitivos, como o uso da força, o castigo, a punição verbal ou a privação de privilégios e afetos.

Baumrind (1966, 1967) construiu um modelo teórico acerca dos estilos parentais, identificando quatro categorias:

Estilo autoritativo ou democrático: os pais exercem um controlo firme e permanente, promovendo a autonomia das crianças, reconhecendo as suas competências e os seus interesses e demonstrando afeto.

Estilo autoritário: as figuras parentais tendem a avaliar e, conseqüentemente, modificar

o comportamento dos seus filhos. Valorizam a obediência, utilizam técnicas de punição, condicionam a autonomia das crianças e demonstram pouca afetividade.

Estilo permissivo: os pais revelam atitudes de maior tolerância e aceitação relativamente aos impulsos, desejos e comportamentos da criança. Segundo este estilo, os progenitores são pouco exigentes relativamente à maturidade e responsabilidade das crianças. Posteriormente, o estilo permissivo foi subdividido em (Maccoby & Martin, 1983):

Estilo negligente: os pais não assumem o exercício das suas funções parentais, demonstrando desinteresse e desresponsabilização ao longo da vida da criança, cumprindo apenas a satisfação das necessidades básicas (físicas, sociais, psicológicas e intelectuais) e;

Estilo indulgente: os pais respondem aos pedidos e necessidades das crianças, não exigindo o cumprimento de normas e deveres e não funcionando como modelos de comportamento.

Atualmente, a saúde mental tem vindo a ser estudada como um fator preditor dos estilos e práticas parentais, contribuindo para um melhor entendimento de como os pais com doença mental se ajustam ao seu papel parental, lidando com as exigências próprias da parentalidade (Mateus, T. I. S., 2016). A literatura revela-nos que os problemas emocionais ou de saúde mental dos progenitores se encontram relacionados com a utilização de práticas educativas parentais negativas e promotoras da exposição dos menores a situações de violência física, psicológica e/ou negligência (McKinney & Milone, 2012; Turney, 2011).

De acordo com os dados da OMS (2019), quase um bilhão de pessoas em todo o mundo apresenta, pelo menos, um problema de saúde mental, tornando a doença mental um problema global. Têm surgido assim, estudos que procuram compreender de que modo, a saúde mental influencia os estilos parentais.

Xia e Qian (2001) relatavam no seu estudo que, quanto mais elevado o nível de sintomatologia depressiva dos pais, menos envolvidos estes serão na vida dos seus filhos. Cross (2015) relatava através do seu estudo que, o trauma, a depressão ou o stress pós-traumático dos pais se encontravam associados a uma maior probabilidade de surgimento de problemas ao nível das práticas parentais. Através dos estudos realizados constata-se que, os estilos parentais baseados na punição corporal estão associados a problemas emocionais e de saúde mental nas crianças, como a ansiedade, a depressão, a baixa autoestima (Mulvaney & Mebert, 2010; Xing & Wang, 2013) a hiperatividade, a agressividade e a impulsividade (Flouri & Midouhas, 2017; Lansford

et al., 2011). Contrariamente, recorrendo a práticas educativas de cariz positivo, o estilo autoritativo produz um efeito de maior proteção nas crianças, diminuindo a probabilidade de surgimento de problemas emocionais e/ou psicológicos nas crianças (Boyd & Waanders, 2013; Compas *et al.*, 2010; Luyckx *et al.*, 2011).

Em suma, a parentalidade revela-se como um fenómeno multidimensional, complexo e influenciado por diversos fatores (biológicos, contextuais, experienciais) que se interrelacionam, originando efeitos bidirecionais (Pecnik & Labière, 2012; Rodrigo et al., 2015).

Sendo o Serviço Social uma das profissões promotoras da luta pela proteção dos indivíduos e pela garantia da sua dignidade humana assumirá, certamente, um papel fulcral na identificação, proteção e intervenção com crianças que em virtude de alguns fatores de risco podem tornar-se mais vulneráveis a situações de vitimização e/ou negligência. Abordaremos assim, o papel do Assistente Social na intervenção com menores com atraso global de desenvolvimento.

1.3. Os Estilos Parentais enquanto fatores preditores da vitimização e da negligência

O conceito de infância alterou-se, a sociedade passou a reconhecer direitos às crianças, surgiram novas tipologias familiares e a mulher passou a desempenhar um papel diferente na sociedade. Em paralelo, dá-se uma mudança na educação tradicional das crianças, passando a ser reprovada todas as práticas educativas violentas (Araújo, 2015 cit in Loureiro, N. e Pregueiro, J., 2021).

Educar uma criança implica responder às necessidades imediatas mas também, perspectivar o futuro, fomentando o desenvolvimento de competências, de autonomia e de socialização (Araújo, 2018 cit in Loureiro, N. e Pregueiro, J., 2021). Se, tradicionalmente, a relação pai-filho era entendida como unidirecional, atualmente, é encarada como uma relação de influência mútua, focada na proteção mas, principalmente no desenvolvimento infantil.

Assim, os estilos parentais e as práticas educativas revelam-se duas dimensões fundamentais para a compreensão da relação entre o cuidador e a criança. Alguns estudos têm demonstrado que as competências parentais são influenciadas pela personalidade do cuidador, pelas características individuais da criança e pelo contexto social no qual a relação pai-filho se desenvolve.

Para o Modelo do Funcionamento Parental (Belsky, 1978, 1980 e Parker Collmen), 1975 cit in Garcia e Garcia, 2014) o bem-estar psicológico dos pais interrelaciona-se com o seu funcionamento parental, sendo visível a influência das experiências vividas pelos pais durante o seu crescimento. Relativamente às situações de abuso infantil, por exemplo, a literatura salienta a relação entre as experiências de maus tratos dos pais e os posteriores maus tratos às suas crianças (Belsky, 1978 cit in Garcia e Garcia, 2014).

Assumindo que, é junto do seu agregado familiar que a criança passa grande parte do seu desenvolvimento considerar-se que, a família (microssistema) influencia e é influenciado pela criança. Bates (1980 cit in Garcia e Garcia, 2014) salienta que as características das crianças podem influenciar o comportamento parental, dificultando o exercício das competências parentais.

Ao longo dos anos, a literatura tem vindo a demonstrar uma relação entre a cultura na qual se insere o agregado e os estilos parentais. Ou seja, a escolha do estilo parental tido como mais adequado depende da cultura envolvente à relação pai-filho.

Crianças cujos cuidadores assumem um estilo parental autoritário tendem a apresentar um autoconceito menor, a ser mais apreensivas e inseguras, a apresentar maior agressividade, mais dificuldades na regulação das emoções e a manifestar comportamentos de delinquência e externalização, a caracterizar-se como socialmente inibida (Baumrind, 1967). Porém, estudos realizados nos EUA com minorias étnicas consideram o estilo parental autoritário como adequado. Estes estudos verificaram que as crianças com dupla nacionalidade (chinesa e americana), cujas famílias adoptaram este estilo parental obtêm melhores resultados escolares (Darling e Steinberg, 1993; Chao, 2011). Quanto ao estilo parental permissivo, Sommer (2007) refere que este parece comprometer o desenvolvimento social e escolar dos menores, principalmente ao nível da responsabilidade social e da assertividade. Estas crianças tendem a apresentar dificuldades ao nível da autonomia, da regulação emocional, do autocontrolo, da autonomia e da impulsividade podendo ainda, assumir comportamentos delinquentes e disruptivos.

Por sua vez, o estilo parental autoritativo é considerado como promotor do bom desempenho escolar das crianças, fomentando as suas competências e tornando-as mais pró-sociais, fazendo com que apresentem menos problemas de internalização e externalização (Williams, Degnan, Perez-Edgard, Henderson, Rubin, Pine, Steinberg e Fox, 2009). Os mesmos

estudos demonstram que, os estilos parentais são influenciados pelo carácter individualista ou coletivista das culturas. As culturas individualistas priorizam os objetivos pessoais em detrimento dos comuns, promovendo a livre iniciativa, a independência e a autonomia. Por sua vez, as culturas coletivista fomentam e valorizam a interdependência, a coesão grupal e a obediência.

Ao estudar a realidade portuguesa verificou-se que, progenitores que dão suporte emocional às crianças e, simultaneamente, apresentam controlo sobre as mesmas, são os mais comuns entre a população nacional, não sendo observadas diferenças dos perfis parentais entre ambos os progenitores, embora os níveis mais elevados de suporte e controlo emocional sejam mais comuns nas práticas parentais das mães (Pereira, 2009). Porém, outros autores consideram que o estilo parental indulgente, caracterizado pelo envolvimento, aceitação e ausência de rigor se demonstra como o estilo parental optimal em Portugal, uma vez que, as crianças apresentam resultados semelhantes ou superiores a nível psicosocial, quando comparado com outros estilos. Por fim, o mesmo estudo relata que, crianças portuguesas cujas famílias se revelam autoritárias, obtêm as pontuações mais baixas no que se refere à autoestima (Rodrigues, Veiga, Fuentes e Garcia, 2013).

1.4. O Serviço Social e a Vitimização de Crianças com Atraso Global de Desenvolvimento

Presente ao longo da história das sociedades, a violência e a negligência contra as crianças revela-se um fenómeno universal, transversal a todos os grupos sociais e uma grave violação dos direitos humanos.

Embora pareça tratar-se de um problema contemporâneo, talvez pela crescente discussão pública, trata-se do resultado de um processo histórico que, colocou as crianças num lugar de inferioridade e em situações de maior vulnerabilidade. Ao longo de décadas, o Estado, a sociedade e as famílias pouco valorizaram as crianças enquanto sujeitos de direitos e merecedoras de proteção e cuidados.

Porém, esta atitude começou a alterar-se com a Constituição da República Portuguesa (1976) e com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças (1989). Este último diploma, determina a criança enquanto sujeito de direitos, reconhecendo-lhe “*dignidade humana e igualdade de direitos enquanto fundamento de liberdade, amor e compreensão*” (Convenção dos Direitos das Crianças, pg.3). Assim,

“(...) as diversas formas de violência praticadas contra crianças (...), bem como as demais ações que violam os direitos desses sujeitos ganharam maior visibilidade, e o Estado passou a prestar assistência a essa população que, desde a sua existência, foi vítima de violência, seja ela física, sexual, psicológica ou por negligência” (Pedersen, J.R., Revista Textos e Contextos Porto Alegre, v.8, n.1, p. 104-122., jan/jun.2009).

Tendo como principal foco a proteção de todos os menores, a Convenção dos Direitos da Criança salienta, que todas as crianças necessitam de proteção e cuidados específicos, tendo o direito de usufruir de um ambiente familiar estruturado, baseado num clima de felicidade, amor e compreensão. Deste modo, falar de violência ou negligência perpetrada contra as crianças no seu seio familiar, leva-nos a refletir sobre as transformações vivenciadas pelas famílias ao longo da história.

De acordo com o conceito anteriormente explanado, Hanson (2005) entende que o conceito família se refere a dois ou mais indivíduos, dependentes entre si, garantindo a prestação de apoio físico, emocional e económico. Nesta mesma linha, Murdock (2003), entende a família como uma estrutura social, fruto da evolução humana, e que funciona como o único ajustamento possível para a concretização de um conjunto de necessidades básicas.

Para Relvas (2004, p.14) *“(...) não existem famílias iguais (...) embora todas sejam família e funcionem como tal”*. Cada família revela-se como única e com uma identidade própria, onde cada sujeito assume papéis específicos, originando uma estrutura relacional complexa.

Assumindo um papel fundamental na socialização e proteção dos seus membros, o núcleo familiar é o *locus* no qual o indivíduo revela as suas competências inatas e se relaciona com a cultura e normas vigentes. Porém, apesar da função de proteção para com as suas crianças, são muitos os casos de violência familiar.

A OMS declara que, a violência intrafamiliar constitui um grave problema de saúde pública (Oliveira, 2015), cuja prevalência se acentua nos contextos em que existem crianças com necessidade permanente de cuidados reconhecendo-se que, menores com incapacidade (motora, intelectual, sensorial e/ou múltipla) ou atraso de desenvolvimento, se encontram mais suscetíveis à exposição a situações de vitimização.

Sendo o Serviço Social uma profissão baseada no respeito pela dignidade humana e pelos Direitos Humanos, com o dever de promover e defender a integridade e o bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual de cada ser humano (APSS, 2018), o Assistente Social deve assumir um papel ativo na intervenção em contextos de violência e negligência, fomentando a mudança social, empoderando os indivíduos e promovendo o desenvolvimento saudável dos menores.

A Associação dos Profissionais de Serviço Social (APSS) define o Assistente Social como o profissional que

“(...) promove a mudança social, a resolução de problemas nas relações humanas e o reforço da emancipação das pessoas para promoção do bem-estar. Ao utilizar teorias do comportamento humano e dos sistemas sociais, o serviço social intervém nas situações em que as pessoas interagem com o seu meio, os princípios dos Direitos Humanos e da justiça social são fundamentais para o serviço social”.

Assim, entende-se que tanto os Direitos Humanos como a Justiça Social são princípios legitimadores da intervenção da ação do Serviço Social e que, no processo de apoio a crianças vítimas de violência ou negligência, o profissional assume um papel de grande relevo, revelando-se fundamental o conhecimento aprofundado dos princípios orientadores da sua intervenção.

De acordo com a Lei 147/99, de 1 de setembro, a intervenção para promoção dos direitos e proteção da criança deve basear-se em dez princípios fundamentais:

Superior interesse da criança: durante o processo de apoio e acompanhamento devem ser priorizados os interesses e direitos dos menores;

Privacidade: a atuação do profissional deve respeitar a intimidade, o direito à imagem e a reserva da vida privada das crianças;

Intervenção precoce: a intervenção deve ocorrer logo que exista suspeita ou seja conhecida uma situação de perigo;

Intervenção mínima: a intervenção deve ser realizada exclusivamente pelas instituições

que atuam nestas matérias;

Proporcionalidade e atualidade: o processo de apoio deve ser planejado e adequado à situação em que a criança se encontra;

Responsabilidade parental: o profissional deve atuar de modo a que os pais assumam os seus deveres para com os seus filhos;

Prevalência na família: nos processos de promoção e proteção devem prevalecer as medidas que integram as crianças nas suas famílias de origem ou que promovam a sua adoção;

Obrigatoriedade de informação: os menores, os pais, o representante legal ou a pessoa que detenha a sua guarda devem ser informados dos seus direitos bem como, dos motivos que determinam a intervenção.;

Audição obrigatória e participação: a criança deve ser ouvida e participar nos atendimentos, diligências e no desenvolvimento do seu processo de apoio;

Subsidiariedade: a intervenção deve ser efetuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria de infância e juventude, pelas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e, em última instância, pelos Tribunais.

Para além dos princípios norteadores da intervenção, o apoio a menores em situações de vitimização exige um conjunto de competências pessoais e técnicas por parte do profissional: *Competências pessoais*, relativas ao técnico enquanto pessoa e à sua capacidade de adaptação, adequando as suas características à tarefa de intervir num processo de apoio e proteção de menores; *Competências técnicas*, que definem que o profissional deve possuir conhecimentos nas áreas relacionadas com as exigências do processo de apoio.

O profissional de Serviço Social é fundamental nos processos de apoio e intervenção junto de crianças vítimas de crime, violência e/ou negligência. Com a sua intervenção, procura provocar mudanças no funcionamento social e psicológico dos indivíduos em acompanhamento, das suas famílias, grupos e ambientes, diminuindo as fragilidades e vulnerabilidades e promovendo a criação de oportunidades para uma vida mais equilibrada e de maior qualidade.

Capítulo 2. Contexto de Estudo e Opções Metodológicas

2.1. Questões de Investigação

A presente investigação partiu das seguintes questões: Quais são as estratégias educativas parentais utilizadas pelas famílias de crianças com Atraso Global de Desenvolvimento e/ou Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento? Será a qualidade de vida dos cuidadores de crianças com Atraso Global de Desenvolvimento um fator preditor dos estilos parentais por si utilizados? Será o bem-estar geral e a qualidade de vida dos pais um fator promotor de situações de violência e/ou negligência? De que modo o contexto de socialização destas crianças pode manifestar-se como fator de proteção ou fator de risco?

2.2. A Definição dos Objetivos de Pesquisa

2.2.1. Objetivo Geral

O presente estudo pretende compreender de que modo o bem-estar geral e a qualidade de vida das figuras de vinculação das crianças entre os 0 e os 6 anos, com Atraso Global de Desenvolvimento e/ou Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento pode manifestar-se como fator de proteção ou fator de risco para a exposição dos menores a situações de vitimização e/ou negligência, tendo em conta os estilos parentais dos cuidadores.

2.2.2. Objetivos Específicos

- i) Identificar as estratégias educativas parentais utilizadas pelas famílias de crianças com Atraso Global de Desenvolvimento e/ou Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento.
- ii) Identificar os estilos e práticas educativas parentais utilizadas pelos cuidadores femininos e pelos cuidadores masculinos.
- iii) Determinar a relação entre as estratégias educativas parentais utilizadas e o bem-estar geral dos cuidadores.
- iv) Compreender de que forma a qualidade de vida e o bem-estar geral dos cuidadores influencia a proteção dos menores.

2.3. Processo de Recolha de Dados

2.3.1. Metodologia de Recolha de Dados

Considerando os objetivos definidos e para responder às questões de investigação recorreu-se, no presente estudo, a uma análise quantitativa que permite: avaliar, explicar e compreender as características dos fenómenos observáveis e objetivos da realidade externa; identificar padrões e relações gerais; verificar teorias e fazer predições, através da utilização de instrumentos estatísticos (Ragin, 2007).

Conceptualizou-se também um desenho transversal, facilitador do estudo de diversas variáveis num dado momento (Hernández, Fernández & Batista, 2014) e recorreu-se ainda a uma abordagem de tipo descritivo-correlacional, permitindo-nos registar, analisar, caraterizar e interpretar os factos ou os fenómenos em observação e explorar relações entre as variáveis (Tamayo, 2004).

Para a realização desta investigação, foi necessário proceder a um conjunto de procedimentos, tendo o presente estudo passado pelas seguintes etapas:

- i) Pedido de autorização aos autores para utilização dos instrumentos selecionados para o processo de recolha de dados;
- ii) Pedido de autorização ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) para realização da investigação nas equipas da Região Norte;
- iii) Pedido de autorização à Subcomissão de Coordenação Regional do Norte do SNIPI para realização da investigação nas equipas selecionadas para o estudo;
- iv) Realização de uma reunião entre a Subcomissão de Coordenação Regional do Norte e a Professora Doutora Madalena Oliveira, para esclarecimento quanto aos pressupostos da investigação;
- v) Assinatura de um Protocolo de Colaboração entre o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e o Instituto Superior de Serviço Social do Porto (ISSSP);
- vi) Realização de contactos com as Equipas Locais de Intervenção Precoce (ELI) selecionadas para o estudo, de modo a avaliar a disponibilidade e interesse para participação no estudo.

Após a concretização das diligências apresentadas, iniciou-se o processo de recolha de dados junto das famílias/ cuidadores disponíveis para colaboração na investigação.

Para tal, foi explicado às Equipas Locais de Intervenção Precoce que, os instrumentos de recolha de dados só fossem aplicados a famílias cujas crianças se encontrassem, efetivamente, em acompanhamento pela IP. Ou seja, para que uma família pudesse participar no estudo, a sua criança teria obrigatoriamente, de já ter passado as fases de acolhimento e primeira avaliação pela ELI.

Solicitou-se às Equipas que, por uma questão de conhecimento dos agregados e de uma relação já estabelecida entre ambos, o primeiro contacto com as famílias fosse feito pelos seus profissionais, mantendo-se a investigadora disponível para o esclarecimento de qualquer questão tida como pertinente.

Ao ser explicado aos cuidadores o objetivo do estudo bem como, o seu carácter voluntário, anónimo e confidencial foi também, explicado que os instrumentos poderiam ser autoaplicados, sendo preenchidos pelos participantes, sem a presença da responsável pelo estudo ou dos profissionais de IP, aplicados por um profissional da ELI ou aplicados pela investigadora, em horário e local ajustado às necessidades de cada participante. Perante estas possibilidades, todos os cuidadores que constituem a amostra do estudo optaram por responder de forma autónoma aos instrumentos de recolha de dados, sem necessidade de apoio/presença da ELI ou da responsável pelo estudo.

Importa referir que, tal como foi solicitado aos cuidadores que não colocassem a sua identificação em qualquer local dos instrumentos de recolha de dados ou do envelope onde os deveriam colocar após o preenchimento foi, também, solicitado às respetivas Equipas que não colocassem a identificação das mesmas.

É de salientar que, o presente estudo salvaguarda todos os Princípios Éticos e de Confidencialidade. De forma a garantir a proteção e anonimato dos participantes foi solicitado, a cada um, a assinatura de um Consentimento Informado, explicitando o objetivo da recolha de dados e garantindo o total anonimato. Todos os participantes foram esclarecidos quanto ao carácter voluntário da sua participação, tendo sido informados da possibilidade de interrupção da mesma, a qualquer momento e, sem qualquer prejuízo para si.

Durante o processo de recolha de dados foram administrados, em exclusivo, os instrumentos selecionados para o efeito, não sendo realizada a recolha de informação junto dos profissionais das Equipas Locais de Intervenção Precoce nem, em qualquer momento, houve consulta dos processos individuais das crianças em acompanhamento.

Garantindo a confidencialidade absoluta dos dados recolhidos, foram disponibilizados aos participantes envelopes onde, após o preenchimento, deveriam colocar os instrumentos e fechá-los, sem qualquer tipo de identificação para que, fossem devolvidos à investigadora sem qualquer possibilidade de identificação.

Após a sua recolha, todos os dados foram inseridos numa base de dados e analisados com recurso ao programa de análises estatísticas SPSS, versão 27, para macOS.

2.3.2. Instrumentos de Recolha de Dados

Para a concretização dos objetivos da presente investigação, foram utilizados três instrumentos de recolha de dados:

i) Questionário de Caracterização Sociodemográfica

Trata-se de um questionário de autoria da investigadora, composto por 13 questões que permitem a caracterização geral do agregado familiar da criança, através da recolha de informação sobre a composição e estrutura familiar, o principal cuidador da criança, o género e a idade da criança e a identificação e breve descrição da problemática de desenvolvimento do menor.

ii) Escala WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life- BREF)

A Escala WHOQOL-BREF- Adaptação Portuguesa (Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T., 2009) é a adaptação e validação à população portuguesa do instrumento WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality Of Life Group, 1994).

Trata-se de uma medida genérica, multidimensional e multicultural, composta por 26 itens, que permite uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, podendo ser aplicada a um largo conjunto de distúrbios psicológicos e físicos bem como, a indivíduos saudáveis. Este instrumento permite a avaliação de quatro domínios de qualidade de vida- físico, psicológico, relações sociais e ambiente- facilitando o cálculo de um indicador global de qualidade de vida.

iii) Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP)- Versão Reduzida

O Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP)- Versão Reduzida (Martins et al., 2018; Miguel, Valentim & Carugati, 2009) é a versão portuguesa do Parenting Styles and

Dimensions Questionnaire (PSDQ)- Short Form (Robinson, Mandleco, Olsen & Hart, 2001).

Composto por 32 itens, é utilizado para avaliar os estilos parentais de pais e mães de crianças e adolescentes, identificando as práticas parentais específicas que ocorrem no contexto dessas tipologias. Para cada um dos 32 itens, os participantes indicam o grau de frequência com que efetuam os comportamentos descritos, utilizando uma escala de 5 pontos (1 = nunca; 2 = poucas vezes; 3 = algumas vezes; 4 = bastantes vezes; 5 = sempre). O QEDP permite distinguir três tipologias- o estilo autoritativo, o autoritário e o permissivo. O estilo autoritativo é calculado através de três dimensões: apoio e afeto (itens 1, 7, 12, 14 e 27), regulação (itens 5, 11, 25, 29 e 31) e cedência de autonomia/participação democrática (itens 3, 9, 18, 21 e 22). O estilo autoritário é avaliado através das dimensões: coerção física (itens 2, 6, 19, e 32), hostilidade verbal (itens 13, 16, 23 e 30) e punição (itens 4, 10, 26 e 28). Por último, o estilo permissivo avalia-se através de apenas uma dimensão: indulgência (itens 8, 15, 17, 20 e 24).

Os resultados das dimensões de cada estilo são somados de forma a constituírem o resultado total da escala autoritativa e escala autoritária. No estilo permissivo os cinco itens da dimensão Indulgência são somados de forma a obter o resultado total da escala permissiva. “Resultados elevados em cada uma das escalas refletem um uso mais frequente de práticas parentais associadas a um estilo parental autoritativo, autoritário ou permissivo” (Pedro, Carapito, & Ribeiro, 2015, p. 305).

2.4. População Alvo e Amostra

Para a presente investigação foi utilizada uma amostra não probabilística por conveniência, uma vez que a escolha dos seus elementos obedeceu às características da investigação (Hernández *et al.*, 2014).

A amostra foi composta por um total de 100 cuidadores/figuras de vinculação, de crianças entre os 0 e os 6 anos, com atraso global de desenvolvimento e/ou risco grave de atraso de desenvolvimento, em acompanhamento por Equipas Locais de Intervenção Precoce da Região Norte, divididas pelas regiões da Área Metropolitana do Porto e pela região do Tâmega e Sousa.

A seleção das famílias foi baseada em critérios, previamente, definidos: no agregado familiar tinha de existir, pelo menos, uma criança entre os 0 e os 6 anos, com atraso global de desenvolvimento e/ou risco grave de atraso de desenvolvimento, em acompanhamento pelas Equipas de IP; a criança teria, obrigatoriamente, de já ter passado as fases do acolhimento e da

primeira avaliação estando assim, efetivamente, em apoio pela Intervenção Precoce; as famílias demonstrarem interesse, disponibilidade e motivação para participar no estudo.

Ao aceitarem colaborar nesta investigação, os cuidadores foram sensibilizados para a importância dos instrumentos serem preenchidos pelo cuidador principal da criança. Contudo, e tendo as famílias optado pelo autopreenchimento dos instrumentos não se revela possível garantir, totalmente, o cumprimento desta necessidade.

Capítulo 3. Resultados

3.1. Análise

Os dados utilizados neste estudo foram codificados e analisados estatisticamente através do programa informático IBM SPSS Statistics para macOS, versão 27.

A amostra desta investigação é constituída por 100 famílias/cuidadores, de crianças em acompanhamento por Equipas Locais de Intervenção Precoce da Região Norte.

Tabela 3. *Caraterização das famílias/cuidadores participantes*

		<i>N</i>	<i>%</i>
Tipo de Família	Nuclear	56	56,0
	Alargada	16	16,0
	Monoparental	13	13,0
	Recombinada	13	13,0
	Anaparental	2	2,0
	<i>Total</i>	100	100
Nº de Elementos	<i>M= 9,93; D.P.= 1,077; 'Min.=2; Max.=7</i>		
Cuidador Principal	Mãe	58	58,0
	Avó	27	27,0
	Pai	6	6,0
	Ambos os progenitores	6	6,0
	Avós	1	1,0
	Outro	1	1,0
	Não sabe/Não responde	1	1,0
	<i>Total</i>	100	100
Idade dos Cuidadores	<i>M= 47,08; D.P.= 13,916; 'Min.=24; Max.=77</i>		
Habilitações do Cuidador Principal	1º Ciclo	17	17,0
	2º Ciclo	7	7,0
	3º Ciclo	8	8,0
	Ensino Secundário	35	35,0
	Licenciatura	24	24,0
	Mestrado	5	5,0
	Doutoramento	4	4,0

Não sabe ler/escrever	0	0,0
<i>Total</i>	100	100

Atendendo aos dados apresentados na Tabela 3, as famílias participantes no estudo são, maioritariamente, de tipo nuclear ($N=56$), seguindo-se as famílias de tipo alargada ($N=16$). Estes agregados variam na sua dimensão, sendo compostos por um número mínimo de 2 elementos e um máximo de 7 elementos.

No que respeita ao principal cuidador da criança, esta função continua a ser essencialmente, assegurada por elementos do género feminino. Assim, em 58 das 100 famílias, a mãe é a principal responsável pela prestação de cuidados e, em 27 das 100 famílias, esta função é assumida pela avó, o que nos revela uma sociedade marcadamente patriarcal, na qual o papel do cuidar é quase que, em exclusivo, função da figura feminina. Apenas 6 famílias indicam que esta função é assumida pelo pai e 6 agregados declaram que este papel é, simultaneamente, assegurado por ambos os progenitores.

Como ser vulnerável que é, a criança necessita de apoio e acompanhamento dos pais para que, com responsabilidade, promovam o seu desenvolvimento (Mendes & Martins, 2012). Para Relvas (2007), questões culturais associam esta tendência à mãe, como figura de referência no cuidado e acompanhamento dos filhos, dado que é à mulher que de modo geral compete o ato de cuidar.

Ainda em relação aos principais cuidadores, estes apresentam faixas etárias distintas, com idades a variar entre os 24 e os 77 anos.

De acordo com os dados apresentados (Tabela 3), 35% dos cuidadores participantes no estudo têm como nível de habilitações o Ensino Secundário. A este número seguem-se 24% de cuidadores com o Ensino Superior- Licenciatura. Estes dados são demonstrativos do aumento do nível de qualificação da população portuguesa. Como apresentado no Pordata (2023), em 2022, houve um total de 2 240,3 cidadãos a concluir o Ensino Secundário em Portugal e, no mesmo ano, 2 127,1 portugueses obtiveram o Grau de Licenciado. Importa ainda referir que, atualmente, as mulheres portuguesas têm um nível de qualificações escolares superior ao dos homens.

Porém, 17% dos cuidadores que constituem a amostra do estudo declaram ter o 1º Ciclo. Este número será, certamente, revelador das qualificações escolares das avós cuidadoras, cuja

escolarização terá sido limitada por condicionantes políticos e culturais da época em que estas mulheres frequentaram o sistema de ensino- período do Estado Novo.

Sabe-se que, as crianças eram entendidas como mão-de-obra abandonando, na sua maioria, a escola no final do 1º Ciclo. Tal situação acentuava-se no caso das mulheres consideradas, à época, como esposas, mães e donas de casa assumindo desde cedo e em detrimento da sua formação académica, a responsabilidade de organização do espaço doméstico, a educação dos filhos e o cuidado a outros familiares.

Tabela 4. *Caraterização das crianças das famílias participantes no estudo*

		<i>N</i>	<i>%</i>
Género	Masculino	64	64,0
	Feminino	35	35,0
	Não sabe/não responde	1	1,0
	<i>Total</i>	100	100
Idade	<i>M= 3,78; D.P.= 1,292; ´Min.=1; Max.=6</i>		
Nº de Irmãos	<i>M=0,80; D.P.= 0,841; ´Min.= 0; Max.= 3</i>		
Idade			
(no momento em que se inicia o apoio da ELI)	<i>M= 2,55; D.P.= 1,003; ´Min.= 1; Max.= 5</i>		
Perturbação de Desenvolvimento	Atraso Global de Desenvolvimento	33	33,0
	Linguagem e Comunicação	28	28,0
	Perturbação do Espectro de Autismo	24	24,0
	Sensorial	6	6,0
	Motor	6	6,0
	Não sabe/Não responde	3	3,0
	<i>Total</i>	100	100

Com base na Tabela 4, que apresenta os dados relativos às crianças oriundas das famílias participantes no estudo constatamos que estas são, na sua maioria, do género masculino (*N*=64) face a 35 crianças do género feminino, cujas idades variam entre 1 e 6 anos.

De acordo com os dados do Pordata (2022), o número de indivíduos do género masculino com algum tipo de incapacidade é superior ao número de pessoas do género feminino nesta condição. Assim, justifica-se que, as crianças em acompanhamento pelas Equipas Locais de Intervenção Precoce selecionadas para o estudo sejam, na sua maioria, rapazes.

Com base nos dados recolhidos, as crianças iniciaram o acompanhamento pelas ELÍ's, com uma idade média de 2,55 anos, sendo o atraso global de desenvolvimento a perturbação mais prevalente, afetando 34% das crianças. Foram identificados com valores muito próximos as perturbações da linguagem e comunicação (28,9%) e a perturbação do espectro de autismo (24,7%).

Tabela 5. *Quantitativo das Subescalas do QEDP da amostra total*

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Democrático	4,03	.60
<i>Apoio e Afeto</i>	4,24	.64
<i>Regulação</i>	3,78	.72
<i>Autonomia</i>	3.84	.66
Autoritário		
<i>Hostilidade Verbal</i>	2,45	.79
Permissivo	2,77	.80

Analisados os dados descritivos das subescalas do QEDP da amostra total, constata-se uma pontuação superior nas estratégias parentais positivas, promotoras de uma elevada exigência por parte dos cuidadores, mas simultaneamente, de uma elevada recetividade, capacitando a criança para que se expresse livremente, embora consciente dos seus limites (Baumrind, 1966). Assim, as famílias participantes na investigação recorrem, maioritariamente, à subescala democrático ($M=4,03$, $DP=.60$) e às suas ramificações apoio e afeto ($M=4,24$, $DP=.64$) e regulação ($M=3,98$, $DP=.72$) na relação que estabelecem com as suas crianças. Importa referir que, embora, apresente um valor elevado ($M=3,84$; $DP= .66$), a autonomia é a subescala menos valorizada pelos cuidadores.

Relativamente às estratégias parentais negativas, as subescalas autoritário (caraterizada por uma elevada exigência parental e reduzida recetividade, através da qual os cuidadores procuram moldar e controlar os comportamentos das suas crianças) e permissivo (revelada através de reduzidos níveis de exigência, recetividade e encorajamento para com as crianças) revelam pontuações mais baixas. Todavia, importa ressaltar que, é verificada uma pontuação

alta para o estilo permissivo ($M=2,77$, $DP=.80$).

Quanto aos cuidadores que optam pelo estilo autoritário, a hostilidade verbal é uma estratégia bastante comum ($M=2,45$, $DP=.79$).

Tais dados vão de encontro aos já apresentados por Pereira (2009), ao constatar que, o mais comum entre os pais/cuidadores portugueses é apoiarem emocionalmente as suas crianças, ao mesmo tempo que, impõem controlo e estabelecem regras.

Tabela 6. *Relação entre as subescalas do QEDP e o tipo de família*

Subescala	Tipo Família	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p.</i>
Democrático	Nuclear	55	4,20	.55	6,198	4	.000
	Alargada	16	4,13	.64			
	Monoparental	11	3,44	.62			
	Anaparental	2	4,13	.38			
	Recombinada	11	3,63	.18			
Autoritário	Nuclear	55	1,92	.48	1,266	4	.289
	Alargada	16	1,96	.69			
	Monoparental	12	2,07	.65			
	Anaparental	2	2,16	.47			
	Recombinada	12	2,29	.59			
Permissivo	Nuclear	55	2,58	.69	5,885	4	.000
	Alargada	16	3,00	.41			
	Monoparental	13	2,51	.97			
	Anaparental	2	2,70	.71			
	Recombinada	12	3,63	.95			
Apoio e Afeto	Nuclear	56	4,33	.61	3,624	4	.009
	Alargada	16	4,49	.59			
	Monoparental	13	3,71	.76			

	Anaparental	2	4,10	.42			
	Recombinada	13	4,11	.42			
Regulação	Nuclear	55	4,25	.59			
	Alargada	16	4,10	.86			
	Monoparental	12	3,35	.67	9,662	4	.000
	Anaparental	2	4,20	.28			
	Recombinada	13	3,31	.34			
Autonomia	Nuclear	56	4,03	.68			
	Alargada	16	3,81	.60			
	Monoparental	12	3,40	.55	4,358	4	.003
	Anaparental	2	4,10	.42			
	Recombinada	11	3,40	.24			
Coerção Física	Nuclear	56	1,75	.53			
	Alargada	16	1,98	.74			
	Monoparental	12	1,71	.80	1,393	4	.242
	Anaparental	2	2,13	.88			
	Recombinada	13	2,12	.60			
Hostilidade Verbal	Nuclear	56	2,37	.72			
	Alargada	16	2,34	.88			
	Monoparental	13	2,60	.89	.879	4	.480
	Anaparental	2	2,63	.53			
	Recombinada	13	2,77	.79			
Punição	Nuclear	55	1,67	.55			
	Alargada	16	1,56	.66			
	Monoparental	13	1,87	.61	2,177	4	.078
	Anaparental	2	1,75	1,06			
	Recombinada	12	2,15	.57			

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p. < .05$) entre a tipologia familiar e as médias das subescalas democrático, permissivo, apoio e afeto, regulação e autonomia, não sendo registadas diferenças estatisticamente significativas nas subescalas autoritário, coerção física e hostilidade verbal ($p. > .05$).

Relativamente à subescala democrático é possível constatar que as famílias de tipo monoparental e recombinação são as que apresentam as médias mais baixas, revelando uma menor valorização desta estratégia parental positiva. Verificando-se a mesma situação relativamente às subescalas da regulação e da autonomia. No que se refere à subescala apoio e afeto, apenas, a tipologia monoparental apresenta um valor médio mais baixo.

Quanto à subescala permissivo, é possível constatar que as famílias alargadas e recombinadas, são as que apresentam médias mais elevadas, sugerindo uma maior valorização deste estilo parental negativo.

Tabela 7. *Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e o número de elementos do agregado*

	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>Sig. (two-tailed)</i>	<i>N</i>
Democrático	.057	.584	93
Autoritário	.122	.238	95
Permissivo	.221	.030	96
Democrático			
Apoio e Afeto	.121	.236	98
Regulação	.032	.757	96
Autonomia	.030	.770	95
Autoritário			
Coerção Física	.147	.151	97
Hostilidade Verbal	.053	.607	98

Punição	.126	.219	96
---------	------	------	----

Tabela 8. *Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e o número de crianças no agregado*

	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>Sig. (two-tailed)</i>	<i>N</i>
Democrático	-.064	.541	93
Autoritário	.098	.346	95
Permissivo	.090	.383	96
Democrático			
Apoio e Afeto	-.051	.620	98
Regulação	-.040	.702	96
Autonomia	-.046	.661	95
Autoritário			
Coerção Física	-.035	.733	97
Hostilidade Verbal	.102	.319	98
Punição	.151	.142	96

Através da Correlação de Pearson constata-se que, a dimensão do agregado e o número de crianças existentes no mesmo não se revelam como aspetos a considerar para a análise dos estilos e práticas parentais utilizadas pelos cuidadores participantes do estudo.

Tabela 9. *Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e a idade do cuidador principal*

	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>Sig. (two-tailed)</i>	<i>N</i>
Democrático	-.113	.275	95

Autoritário	.128	.212	97
Permissivo	.264	.009	98
Democrático			
Apoio e Afeto	-.011	.913	100
Regulação	-.153	.133	98
Autonomia	-.080	.435	97
Autoritário			
Coerção Física	-.172	.089	99
Hostilidade Verbal	.085	.403	100
Punição	.037	.720	98

Apenas na subescala do estilo permissivo foi encontrada uma associação estatisticamente significativa ($p < .05$) entre a média das subescalas do QEDP e a idade do cuidador principal. Considera-se que, o estilo parental permissivo é mais valorizado pelos cuidadores mais velhos, embora se trate de uma correlação positiva ligeira ($r = .264$, $n = 98$, $p = .009$, two-tailed). Não se tendo verificado quaisquer associações estatisticamente significativas ($p > .05$) entre as médias das demais subescalas do QEDP e a idade do cuidador, podemos considerar que a idade do cuidador principal não se revela como influenciadora dos estilos e práticas parentais.

Tabela 10. Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e o nível de habilitações do cuidador principal

	Nível Ensino	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p.</i>
Democrático	1.º Ciclo	16	3,79	.61	-2,161	38	.037
	Licenciatura	24	4,18	.53			
Autoritário	1º Ciclo	17	2,26	.63	2,707	38	.010
	Licenciatura	23	1,83	.36			
Permissivo	1º Ciclo	17	3,06	.72	1,732	39	.091
	Licenciatura	24	2,66	.74			

Democrático	1º Ciclo	17	4,08	.64	-1,879	39	.068
Apoio e Afeto	Licenciatura	24	4,43	.53			
Democrático	1º Ciclo	17	3,69	.72	-2,133	39	.039
Regulação	Licenciatura	24	4,13	.60			
Democrático	1º Ciclo	16	3,64	.70	-1,739	38	.090
Autonomia	Licenciatura	24	4,00	.61			
Autoritário	1º Ciclo	17	2,16	.80	2,790	39	.008
Coerção Física	Licenciatura	24	1,63	.42			
Autoritário	1º Ciclo	17	2,76	.83	1,435	39	.159
Hostilidade Verbal	Licenciatura	24	2,43	.68			
Autoritário	1º Ciclo	17	1,85	.70	1,566	38	.126
Punição	Licenciatura	23	1,55	.51			

Inicialmente ponderou-se efetuar uma ANOVA entre a variável independente (VI) habilitações literárias e a variável dependente (VD) estilos e práticas parentais (QEDP). Porém, verificou-se que o número de participantes das várias opções da VI era, em alguns casos, bastante reduzido, o que originaria viés aos possíveis resultados a obter. Assim sendo, optou-se pela comparação entre o nível de ensino mais baixo (1.º Ciclo) e o nível de ensino mais elevado (Licenciatura), por apresentarem um número de participantes considerado como mais aceitável e por se tratarem de níveis de qualificações extremos.

Deste modo, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p. < .05$) entre as médias das subescalas do QEDP (democrático, autoritário, regulação e coerção física) e estes dois níveis de habilitações literárias. Sem registo de diferenças estatisticamente significativas nas subescalas permissivo, apoio e afeto, autonomia, hostilidade verbal e punição ($p. > .05$).

No que se refere às subescalas democrático e regulação constata-se que os participantes com o 1.º Ciclo do Ensino Básico apresentam as médias mais baixas, o que sugere uma menor valorização destas estratégias parentais positivas, comparativamente com os participantes com Licenciatura. Em contraponto, verificamos que no que diz respeito às subescalas autoritário e coerção física são os participantes do 1.º Ciclo a apresentar valores mais elevados, sugerindo uma maior valorização deste estilo e prática parental, comparativamente com os participantes com Licenciatura.

Servino (2010) afirmou que, o baixo nível de habilitações académicas, preditor de

empregos precários, com uma elevada carga horária e com elevados níveis de stress pode promover a adoção de estratégias parentais desadequadas.

Portanto, as habilitações literárias são uma variável independente a considerar para análise e estudo dos estilos e práticas educativas adotadas pelos cuidadores.

Tabela 11. *Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e o tipo de cuidador principal*

	Nível Ensino	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p.</i>
Democrático	Mãe	55	4,04	.59	.883	79	.380
	Avó	26	3,92	.63			
Autoritário	Mãe	55	1,98	.52	-.941	80	.349
	Avó	27	2,10	.65			
Permissivo	Mãe	57	2,68	.79	-2,266	82	.026
	Avó	27	3,08	.66			
Democrático	Mãe	58	4,22	.66	.016	83	.987
Apoio e Afeto	Avó	27	4,21	.64			
Democrático	Mãe	57	4,00	.71	1,195	82	.236
Regulação	Avó	27	3,80	.74			
Democrático	Mãe	56	3,85	.65	.629	80	.531
Autonomia	Avó	26	3,75	.69			
Autoritário	Mãe	57	1,78	.57	-1,405	82	.164
Coerção Física	Avó	27	1,99	.78			
Autoritário	Mãe	58	2,46	.77	-.384	83	.702
Hostilidade Verbal	Avó	27	2,53	.85			
Autoritário	Mãe	56	1,75	.57	-.291	81	.772
Punição	Avó	27	1,79	.69			

Inicialmente, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p. > .05$) entre as médias das subescalas do QEDP e o tipo de cuidador/a. Porém, importa ressaltar que o número de participantes de cada tipo de cuidadores é muito díspar entre si, com algumas tipologias a apresentar um número de participantes muitíssimo reduzido, o que não possibilita o estabelecimento de quaisquer inferências. Assim, face à limitação da amostra apresentada, optou-se por comparar, somente, os dois principais tipo de cuidadores (mãe e avó), em função dos valores obtidos no QEDP.

Encontrou-se, somente, uma diferença estatisticamente significativa na subescala permissivo, em função destes dois tipos de cuidadoras. Sendo, a cuidadora avó a revelar um valor mais elevado, demonstrando uma maior valorização deste estilo parental negativo, comparativamente com a cuidadora mãe ($t=-2,266$, $gl=82$, $p=.026$).

Esta diferença pode ser justificada pelas diferenças entre os papéis de mãe e avó. Coutrim (2010) e Cardoso (2011) afirmam que os netos ocupam um lugar de grande importância na vida dos mais velhos e que, o maior desejo dos avós é serem capazes de fazer pelos netos, o que não conseguiram ou não puderam fazer pelos filhos. Para Barros (1987), pela idade e experiência, as avós assumem o papel de socializadores da maternidade e parentalidade, orientando os seus filhos mesmo depois de adultos e com família constituída. Assim, quando participam na educação das crianças não há uma fronteira clara entre o papel de pais e o de avós, o que leva a dificuldades na definição dos comportamentos aceitáveis e necessários à correção do comportamento infantil, originando desentendimentos e conflitos familiares.

Tabela 12. *Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e o género das crianças*

	Género	n	M	DP	t	gl	p.
Democrático	Feminino	33	3,98	.66	-.614	92	.541
	Masculino	61	4,06	.57			
Autoritário	Feminino	33	2,02	.55	.148	94	.883
	Masculino	63	1,99	.57			
Permissivo	Feminino	34	2,81	.78	.345	95	.731
	Masculino	63	2,75	.83			
Democrático Apoio e Afeto	Feminino	35	4,18	.75	-.634	97	.528
	Masculino	64	4,26	.57			
Democrático Regulação	Feminino	35	3,97	.76	-.201	95	.841
	Masculino	62	3,99	.72			
Democrático Autonomia	Feminino	33	3,76	.65	-.797	94	.428
	Masculino	63	3,88	.66			
Autoritário Coerção Física	Feminino	34	1,90	.55	.664	96	.508
	Masculino	64	1,82	.66			
Autoritário Hostilidade Verbal	Feminino	35	2,44	.84	-.127	97	.899
	Masculino	64	2,46	.77			
Autoritário Punição	Feminino	34	1,76	.59	.181	95	.856
	Masculino	63	1,73	.61			

Não se verificaram, através do independent t-test, diferenças estatisticamente significativas ($p. > .05$) entre as médias das subescalas do QEDP e o género das crianças em acompanhamento pelas Equipas Locais de Intervenção Precoce. Assim, o género da criança não se apresenta como um aspeto a considerar quanto aos estilos e práticas parentais utilizados.

Tabela 13. *Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e a idade das crianças*

	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>Sig. (two-tailed)</i>	<i>N</i>
Democrático	.096	.355	95
Autoritário	.082	.423	97
Permissivo	.103	.311	98
Democrático			
Apoio e Afeto	.069	.493	100
Regulação	.183	.072	98
Autonomia	.042	.684	97
Autoritário			
Coerção Física	.197	.051	99
Hostilidade Verbal	.007	.945	100
Punição	.043	.677	98

Não se verificaram, através da correlação de Pearson, associações estatisticamente significativas ($p. > .05$) entre as médias das subescalas do QEDP e a idade da criança em acompanhamento na ELI. Portanto, a idade da criança não surge como um aspeto a considerar quanto aos estilos e práticas parentais utilizados.

Tabela 14. *Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e a idade das crianças no momento em que se inicia o acompanhamento pela ELI*

	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>Sig. (two-tailed)</i>	<i>N</i>
Democrático	.043	.682	95
Autoritário	.089	.385	97
Permissivo	.109	.287	98
Democrático			
Apoio e Afeto	.040	.695	100
Regulação	.163	.109	98
Autonomia	-.038	.710	97
Autoritário			
Coerção Física	.187	.063	99
Hostilidade Verbal	.124	.219	100
Punição	-.027	.795	98

Através da correlação de Pearson, não se verificaram associações estatisticamente significativas ($p. > .05$) entre as médias das subescalas do QEDP e a idade da criança aquando do início do acompanhamento pela ELI. Ou seja, a idade da criança no início do acompanhamento pela Intervenção Precoce, não se revela como um aspeto preditor para a escolha dos estilos e práticas parentais a implementar.

Tabela 15. *Correlação entre as médias das subescalas do QEDP e o número de irmãos da criança em acompanhamento*

	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>Sig. (two-tailed)</i>	<i>N</i>
Democrático	-.122	.239	95

Autoritário	.102	.322	97
Permissivo	.112	.272	98
Democrático			
Apoio e Afeto	-.075	.458	100
Regulação	-.122	.230	98
Autonomia	-.104	.313	97
Autoritário			
Coerção Física	-.026	.801	99
Hostilidade Verbal	.081	.425	100
Punição	.174	.087	98

Não foram verificadas, através da correlação de Pearson, associações estatisticamente significativas ($p. > .05$) entre as médias das subescalas do QDEP e o número de irmãos no agregado. Deste modo, considera-se que a existência de outras crianças no agregado não influencia as figuras de vinculação quanto à escolha dos estilos e práticas parentais.

Tabela 16. *Relação entre as médias das subescalas do QEDP e a tipologia de atraso de desenvolvimento*

Subescala	Atraso de Desenvolvimento	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p.</i>
Democrático	Autismo	23	4,03	.63	.311	4	.870
	Linguagem/Comunicação	24	3,98	.64			
	Sensorial	6	4,22	.52			
	Motor	6	4,22	.53			
	AGD	33	4,05	.62			
Autoritário	Autismo	24	2,06	.69	.482	4	.749
	Linguagem/Comunicação	26	2,05	.63			
	Sensorial	6	2,01	.46			
	Motor	6	1,88	.59			

	AGD	32	1,89	.37			
Permissivo	Autismo	24	2,93	.82			
	Linguagem/Comunicação	28	2,67	.75			
	Sensorial	6	2,45	.71	1,057	4	.383
	Motor	5	3,28	.84			
	AGD	32	2,72	.87			
Apoio e Afeto	Autismo	24	4,28	.63			
	Linguagem/Comunicação	28	4,21	.60			
	Sensorial	6	4,43	.46	.847	4	.499
	Motor	6	4,63	.45			
	AGD	33	4,16	.73			
Regulação	Autismo	23	3,92	.81			
	Linguagem/Comunicação	27	3,93	.79			
	Sensorial	6	4,33	.62	.446	4	.775
	Motor	6	4,10	.71			
	AGD	33	4,01	.67			
Autonomia	Autismo	24	3,86	.71			
	Linguagem/Comunicação	25	3,69	.69			
	Sensorial	6	3,90	.53	.658	4	.623
	Motor	6	3,93	.56			
	AGD	33	3,97	.65			
Coerção Física	Autismo	24	1,94	.76			
	Linguagem/Comunicação	28	1,90	.63			
	Sensorial	6	2,00	.52	1,105	4	.359
	Motor	6	1,92	.58			
	AGD	32	1,65	.50			
Hostilidade Verbal	Autismo	24	2,48	.92			
	Linguagem/Comunicação	28	2,54	.92			
	Sensorial	6	2,58	.66	.596	4	.666
	Motor	6	2,13	.70			
	AGD	33	2,33	.56			
Punição	Autismo	24	1,77	.65			
	Linguagem/Comunicação	26	1,81	.64			
	Sensorial	6	1,46	.29	.569	4	.686
	Motor	6	1,58	.63			
	AGD	33	1,69	.59			

Através da ANOVA, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$) entre as médias das subescalas do QEDP e a tipologia do atraso do desenvolvimento apresentada pelas crianças em acompanhamento.

Todavia, face ao reduzido número de participantes de algumas das tipologias de atraso de desenvolvimento, optamos por comparações parcelares, através do Independent T-test, entre as tipologias com maior número de participantes (Autismo, Linguagem/Comunicação e Atraso Global do Desenvolvimento) e as subescalas do QEDP.

Tabela 17. *Relação entre as médias das subescalas do QEDP, a Perturbação da Linguagem e Comunicação e o Atraso Global de Desenvolvimento*

	Perturbação de Desenvolvimento	n	M	DP	t	gl	p.
Democrático	Linguagem/Comunicação	24	3,98	.64	-.385	55	.702
	AGD	33	4,05	.62			
Autoritário	Linguagem/Comunicação	26	2,05	.63	1,187	56	.240
	AGD	32	1,89	.37			
Permissivo	Linguagem/Comunicação	28	2,67	.75	-.225	58	.823
	AGD	32	2,72	.87			
Democrático Apoio e Afeto	Linguagem/Comunicação	28	4,21	.60	.252	59	.802
	AGD	33	4,16	.73			
Democrático Regulação	Linguagem/Comunicação	27	3,93	.79	-.415	58	.680
	AGD	33	4,01	.67			
Democrático Autonomia	Linguagem/Comunicação	25	3,69	.69	-1,578	56	.120
	AGD	33	3,97	.65			
Autoritário Coerção Física	Linguagem/Comunicação	28	1,90	.63	1,732	58	.089
	AGD	32	1,65	.50			
Autoritário Hostilidade Verbal	Linguagem/Comunicação	28	2,54	.92	1,140	59	.269
	AGD	33	2,33	.56			
Autoritário Punição	Linguagem/Comunicação	26	1,82	.64	.751	57	.456
	AGD	33	1,69	.59			

Tabela 18. *Relação entre as médias das subescalas do QEDP, a Perturbação do Espectro de Autismo e o Atraso Global de Desenvolvimento*

	Perturbação de Desenvolvimento	n	M	DP	t	gl	p.
Democrático	Autismo	23	4,03	.63	-.132	54	.896
	AGD	33	4,05	.62			

Autoritário	Autismo	24	2,06	.69	1,183	54	.242
	AGD	32	1,89	.37			
Permissivo	Autismo	24	2,93	.82	.900	54	.372
	AGD	32	2,72	.87			
Democrático Apoio e Afeto	Autismo	24	4,28	.63	.604	55	.549
	AGD	33	4,16	.73			
Democrático Regulação	Autismo	23	3,92	.81	-.455	54	.651
	AGD	33	4,01	.67			
Democrático Autonomia	Autismo	24	3,86	.71	-.614	55	.542
	AGD	33	3,97	.65			
Autoritário Coerção Física	Autismo	24	1,94	.76	1,711	54	.093
	AGD	32	1,65	.50			
Autoritário Hostilidade Verbal	Autismo	24	2,48	.92	.777	55	.441
	AGD	33	2,33	.56			
Autoritário Punição	Autismo	24	1,77	.65	.447	55	.656
	AGD	33	1,69	.59			

Tabela 19. *Relação entre as médias das subescalas do QEDP, a Perturbação do Espectro de Autismo e a Perturbação da Linguagem e Comunicação*

	Perturbação de Desenvolvimento	n	M	DP	t	gl	p.
Democrático	Autismo	23	4,03	.63	.231	45	.819
	Linguagem/Comunicação	24	3,98	.64			
Autoritário	Autismo	24	2,06	.69	.060	48	.952
	Linguagem/Comunicação	26	2,05	.63			
Permissivo	Autismo	24	2,93	.82	1,166	50	.249
	Linguagem/Comunicação	28	2,67	.75			
Democrático Apoio e Afeto	Autismo	24	4,28	.63	.397	50	.693
	Linguagem/Comunicação	28	4,21	.60			
Democrático Regulação	Autismo	23	3,92	.81	-.051	48	.960
	Linguagem/Comunicação	27	3,93	.79			

Democrático	Autismo	24	3,86	.71	.849	47	.400
Autonomia	Linguagem/Comunicação	25	3,69	.69			
Autoritário	Autismo	24	1,94	.76	.186	50	.854
Coerção Física	Linguagem/Comunicação	28	1,90	.63			
Autoritário	Autismo	24	2,48	.92	-.256	50	.799
Hostilidade Verbal	Linguagem/Comunicação	28	2,54	.92			
Autoritário	Autismo	24	1,77	.65	-.255	48	800
Punição	Linguagem/Comunicação	26	1,82	.64			

Porém, após a análise dos dados apresentados anteriormente (Tabelas 17, 18 e 19), verifica-se que, a tipologia de atraso de desenvolvimento não se apresenta como um aspeto a tomar em atenção aquando do estudo dos estilos e práticas parentais utilizados pelas famílias e figuras de vinculação de crianças em acompanhamento pelas Equipas Locais de Intervenção Precoce, em virtude do diagnóstico de atraso global de desenvolvimento.

Tabela 20. *Perceção Global da Qualidade de Vida dos Participantes*

	N	M	DP
Perceção Global de Saúde	98	79,08	12,93
Perceção de Saúde Física	98	79,51	10,35
Perceção de Saúde Psicológica	97	78,02	13,86
Perceção da Qualidade das Relações Sociais	100	79,51	14,44
Perceção da Qualidade do Ambiente	95	76,47	13,28
Total WHOQOL-BREF	92	78,26	11,08

Para análise da perceção global da qualidade de vida dos participantes, os resultados do WHOQOL-BREF sofreram várias transformações, de acordo com as instruções do questionário.

Todos os resultados relativos às diferentes dimensões foram transformados, passando a apresentar-se com uma pontuação entre 0 e 100. Assim, quanto mais próxima a pontuação se encontrar de 100, maior é a perceção da qualidade de vida do participante. Conforme instruções

do instrumento, procedeu-se, ainda, à inversão (1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1) dos itens, 3, 4 e 26, transformando questões formuladas negativamente em perguntas formuladas positivamente.

Com base nos valores descritivos das dimensões e do total do questionário de qualidade de vida, observa-se uma percepção global satisfatória, por parte dos participantes. Valores próximos de 100 no total do questionário e nas respetivas dimensões, revelam uma melhor percepção da qualidade de vida, sendo o valor médio do total do questionário de 78,26.

A dimensão relativa à qualidade do ambiente é a que apresenta o valor médio mais baixo ($M=79,41$). Os valores médios mais elevados são apresentados nas dimensões da saúde física ($M=79,51$) e das relações sociais ($M=79,51$).

De acordo com os dados apresentados pelo OECD Better Life Index (2020), quando questionados sobre o seu grau de satisfação geral em relação à sua vida, numa escala entre 0 e 10, os portugueses consideram encontrar-se num nível médio de 5,4, um dos valores mais baixos dos países da OCDE onde a média é de 6,5.

Tabela 21. *Correlação entre os resultados do QEDP e os resultados do WHOQOL-BREF*

QEDP	WHOQOL-BREF	<i>r</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Estilo Democrático	Percepção de Saúde Psicológica	.214	92	.040
Prática de Regulação	Percepção de Saúde Psicológica	.245	95	.017
Prática de Autonomia	Percepção Global de Saúde	.224	95	.029
	Percepção de Saúde Psicológica	.244	94	.018
Estilo Autoritário	Percepção Global de Saúde	-.212	95	.039
	Percepção de Saúde Psicológica	-.246	94	.017
Estilo Permissivo	Total do Questionário	-.209	90	.048
	Percepção de Saúde Física	-.249	96	.014
	Percepção de Saúde Psicológica	-.234	95	.022
Prática de Hostilidade Verbal	Percepção Global de Saúde	-.201	98	.047
	Percepção de Saúde Psicológica	-.241	97	.017

Prática da Punição	Total do Questionário	-.254	90	.016
	Percepção Global de Saúde	-.259	96	.011
	Percepção de Saúde Psicológica	-.269	95	.008
	Percepção da Qualidade do Ambiente	-.291	93	.020

Estabelecendo-se uma associação entre os resultados do QDEP e do WHOQOL-BREF, através da correlação de Pearson, verificam-se algumas correlações estatisticamente significativas ($p > .05$), a saber:

- i) O estilo democrático apresenta uma associação positiva ligeira com a percepção da saúde psicológica ($r = .214$, $gl = 92$, $p = .040$);
- ii) A prática de regulação manifesta uma associação positiva ligeira com a percepção de saúde psicológica ($r = .245$, $gl = 95$, $p = .017$);
- iii) A prática de autonomia manifesta uma associação positiva ligeira com a percepção global de saúde ($r = .224$, $gl = 95$, $p = .029$) e com a percepção de saúde psicológica ($r = .244$, $gl = 94$, $p = .018$).

Assim, estes valores sugerem que, uma melhor percepção da saúde, fundamentalmente psicológica, promove o recurso a estilos e práticas parentais mais positivas.

- iv) O estilo autoritário manifesta uma associação negativa ligeira com a percepção global da saúde ($r = -.212$, $gl = 95$, $p = .039$) e com a percepção de saúde psicológica ($r = -.246$, $gl = 94$, $p = .017$);
- v) O estilo permissivo apresenta uma associação negativa ligeira com o total do questionário WHOQOL-BREF ($r = -.209$, $gl = 90$, $p = .048$), com a percepção de saúde física ($r = -.249$, $gl = 96$, $p = .014$) e com a percepção de saúde psicológica ($r = -.234$, $gl = 95$, $p = .022$);
- vi) A prática de hostilidade verbal estabelece uma associação negativa ligeira com a percepção global de saúde ($r = -.201$, $gl = 98$, $p = .047$) e com a percepção de saúde psicológica ($r = -.241$, $gl = 97$, $p = .017$);
- vii) A prática da punição revela uma associação negativa ligeira com o total do questionário WHOQOL-BREF ($r = -.254$, $gl = 90$, $p = .016$), com a percepção global de saúde ($r = -.259$, $gl = 96$, $p = .011$), com a percepção da saúde psicológica ($r = -.269$, $gl = 95$, $p = .008$) e com a percepção da qualidade do ambiente ($r = -.291$, $gl = 93$, $p = .020$);

Tais valores sugerem que, cuidadores com uma pior percepção da saúde, principalmente da saúde psicológica, tendem a adotar estilos e práticas parentais menos positivos.

Ao longo dos anos têm vindo a ser realizadas diversas investigações sobre relação entre a saúde mental dos pais e cuidadores e os estilos e práticas parentais. Sabe-se que, adultos com problemas de saúde mental tendem a experienciar dificuldades ao nível psicossocial e, por isso, podem revelar mais dificuldades no exercício das suas competências parentais.

A saúde mental materna tem vindo a ser correlacionada com comportamentos parentais que colocam as crianças numa situação de risco acrescido de desenvolverem problemas ao nível mental (MAsten, Best & Garnezy, 1990 cit in Mowbray, Oyserman, Bybee & Macfarlane, 2022). A literatura mais recente tem vindo a revelar que, as mães com problemas de saúde mental apresentam menos competências e estratégias parentais mais desadequadas, em comparação com as mães que não apresentam problemas ao nível da saúde mental (Mowbray, Oyserman, Bybee & Macfarlane, 2022). Assim, as mães com problemas de saúde mental são consideradas como menos disponíveis emocionalmente, menos recíprocas e menos envolvidas na vida das suas crianças, revelando-se pouco encorajadoras, menos afetuosas e menos responsáveis, revelando dificuldades em diferenciar as suas necessidades das necessidades dos seus filhos (Mowbray, Oyserman, Bybee & Macfarlane, 2022).

Tabela 22. *Correlação entre a Percepção Global da Qualidade de Vida e a Tipologia Familiar*

Dimensões da Qualidade de Vida	Tipologia Familiar	n	M	DP	F	gl	p.
Total WHOQOL-BREF	Nuclear	51	80,35	9,17	1,475	4 87	.217
	Alargada	15	76,20	12,78			
	Monoparental	12	73,67	14,24			
	Anaparental	2	84,50	17,68			
	Recombinada	12	75,50	11,41			
Percepção Global de Saúde	Nuclear	54	81,85	10,47	3,102	4 93	.019
	Alargada	16	79,38	11,81			
	Monoparental	13	68,46	18,19			
	Anaparental	2	80,00	28,28			
	Recombinada	13	77,69	11,66			

Percepção da Saúde Psicológica	Nuclear	54	81,74	9,89	2,986	4 92	.023
	Alargada	16	74,88	16,35			
	Monoparental	12	68,92	21,16			
	Anaparental	2	82,00	21,21			
	Recombinada	13	74,23	12,08			
Percepção da Qualidade das Relações Sociais	Nuclear	56	82,95	11,26	2,715	4 95	.034
	Alargada	16	75,06	16,32			
	Monoparental	13	71,69	17,11			
	Anaparental	2	90,00	14,14			
	Recombinada	13	76,38	17,92			
Percepção da Saúde Física	Nuclear	54	80,78	9,69	2,986	4 93	.023
	Alargada	16	77,13	12,79			
	Monoparental	13	77,85	9,46			
	Anaparental	2	87,00	9,89			
	Recombinada	13	77,69	10,83			
Percepção da Qualidade do Ambiente	Nuclear	53	77,92	12,18	.657	4 90	.624
	Alargada	15	76,17	13,12			
	Monoparental	13	73,08	16,17			
	Anaparental	2	82,50	21,21			
	Recombinada	12	73,13	14,78			

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p. < .05$) entre as três dimensões da qualidade de vida do WHOQOL-BREF (Percepção Global de Saúde, Percepção da Saúde Psicológica e Percepção da Qualidade das Relações Sociais) e a tipologia familiar.

Sem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da Percepção da Saúde Física e da Percepção da Qualidade do Ambiente do WHOQOL-BREF ($p. > .05$).

A família monoparental revela uma menor percepção global de saúde ($F=3,102$, $gl=4$, 93 , $p=.019$), uma percepção mais baixa de saúde psicológica ($F=2,986$, $gl=4$, 92 , $p=.023$) e de menor qualidade das relações sociais ($F=2,715$, $gl=4$, 95 , $p=.034$), comparativamente com as demais tipologias familiares.

Portanto, a tipologia familiar monoparental revela uma percepção mais baixa da sua qualidade de vida, em especial nas dimensões da saúde psicológica e das relações sociais. Correia (2002) refere que, as famílias monoparentais nascem de acontecimentos marcantes e desestruturadores (divórcio do casal, abandono por parte de um dos membros do casal, morte de um dos progenitores), conduzindo o elemento que fica com a criança a sentir-se isolado, abandonado e sobrecarregado. Assim, estas famílias tornam-se mais vulneráveis em termos económicos e de maior risco nos cuidados prestados às suas crianças (Wall, 2003).

Tabela 23. *Correlação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e o número de elementos do agregado familiar*

	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>Sig. (two-tailed)</i>	<i>N</i>
Total WHOQOL-BREF	-.129	.227	90
Perceção Global de Saúde	.011	.917	96
Perceção de Saúde Física	-.134	.192	96
Perceção de Saúde Psicológica	-.108	.297	95
Perceção da Qualidade das Relações Sociais	-.054	.600	98
Perceção da Qualidade do Ambiente	-.119	.258	93

Não se verificaram, através da correlação de Pearson, associações estatisticamente significativas ($p. >05$) entre os totais das dimensões do WHOQOL-BREF e o número de elementos do agregado familiar. Logo, a dimensão da família não se revela como um aspeto a considerar para a análise da qualidade de vida percecionada.

Tabela 24. *Correlação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e o número de crianças no agregado familiar*

	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>Sig. (two-tailed)</i>	<i>N</i>
Total WHOQOL-BREF	-.084	.433	90
Perceção Global de Saúde	-.023	.821	96
Perceção de Saúde Física	-.072	.486	96
Perceção de Saúde Psicológica	-.081	.433	95
Perceção da Qualidade das Relações Sociais	-.052	.610	98
Perceção da Qualidade do Ambiente	-.074	.482	93

Não se verificaram, através da correlação de Pearson, associações estatisticamente significativas ($p. >05$) entre os totais das dimensões do WHOQOL-BREF e o número de crianças no agregado familiar. Deste modo, a presença de mais crianças no agregado não se revela como um aspeto a considerar para a análise da qualidade de vida percecionada pelos cuidadores.

Tabela 25. *Relação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e o tipo de cuidador principal*

Dimensões da Qualidade de Vida	Cuidador	n	M	DP	t	gl	p.
Total WHOQOL-BREF	Mãe	52	78,75	10,74	.668	77	.506
	Avó	27	76,96	12,25			
Percepção Global de Saúde	Mãe	56	80,00	13,48	.950	81	.345
	Avó	27	77,04	12,95			
Percepção da Saúde Física	Mãe	56	79,30	10,49	-.203	81	.839
	Avó	27	79,81	11,21			
Percepção da Saúde Psicológica	Mãe	55	78,65	12,99	1,164	80	.248
	Avó	27	74,74	16,73			
Percepção da Qualidade das Relações Sociais	Mãe	58	81,03	12,79	1,506	83	.136
	Avó	27	76,00	17,27			
Percepção da Qualidade do Ambiente	Mãe	55	76,86	13,55	.211	80	.834
	Avó	27	76,20	12,87			

Considerando o número de participantes na variável independente (cuidador principal), optamos apenas, pela comparação entre as opções com maior número de participantes (mãe e avó). Contudo, não se verificaram, através do Independent T-test, diferenças estatisticamente significativas ($p. > .05$) entre os totais das dimensões do WHOQOL-BREF e o tipo de cuidador principal. Logo, o tipo de cuidador não surge como um aspecto a considerar para a análise da qualidade de vida percecionada.

Tabela 26. *Correlação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e a idade do cuidador principal*

	Correlação de Pearson	Sig. (two-tailed)	N
Total WHOQOL-BREF	-.123	.245	92
Percepção Global de Saúde	-.092	.367	98
Percepção de Saúde Física	-.064	.534	98
Percepção de Saúde Psicológica	-.215	.034	97
Percepção da Qualidade das Relações Sociais	-.147	.145	100
Percepção da Qualidade do Ambiente	-.035	.733	95

Foi verificada, apenas, uma correlação positiva ligeira ($r=-.215$, $gl=97$, $p=.034$), entre a dimensão da percepção da saúde psicológica e a idade do/a cuidador/a.

Não se verificaram, através da correlação de Pearson, outras associações estatisticamente significativas ($p. >05$) entre os totais das dimensões do WHOQOL-BREF (percepção global de saúde, percepção de saúde física, percepção da qualidade das relações sociais e percepção da qualidade do ambiente) e a idade do/a cuidador/a principal.

Considerando os resultados acima apresentados, verifica-se a necessidade de prestação de uma maior atenção aos cuidadores/as mais novos/as que, tendem a revelar uma menor capacidade de ajustamento psicológico.

Tabela 27. *Relação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e o nível de habilitações do cuidador principal*

Dimensões da Qualidade de Vida	Nível de Habilitações	n	M	DP	t	gl	p.
Total WHOQOL-BREF	1º Ciclo	17	76,24	11,09	-.557	37	.581
	Licenciatura	22	78,32	11,93			
Percepção Global de Saúde	1º Ciclo	17	74,71	12,31	-.768	38	.447
	Licenciatura	23	78,26	15,86			
Percepção da Saúde Física	1º Ciclo	17	80,00	8,18	-.056	39	.956
	Licenciatura	24	80,18	10,14			
Percepção da Saúde Psicológica	1º Ciclo	17	73,00	14,54	-.827	39	.414
	Licenciatura	24	76,83	14,69			
Percepção da Qualidade das Relações Sociais	1º Ciclo	17	74,82	17,78	-1,257	39	.216
	Licenciatura	24	80,83	12,87			
Percepção da Qualidade do Ambiente	1º Ciclo	17	76,03	13,41	-.149	37	.883
	Licenciatura	22	76,70	14,52			

Tendo em conta o número de participantes na variável independente (habilitações literárias), optou-se por comparar somente os participantes com o 1º Ciclo e os participantes com Licenciatura, por serem as opções com maior número de participantes e dois extremos do nível de escolaridade.

Não se verificando, através do Independent T-test, diferenças estatisticamente significativas ($p. >05$) entre os totais das dimensões do WHOQOL-BREF e as habilitações literárias mais baixas e mais elevadas, entende-se que o nível de qualificações não interfere na análise da qualidade de vida percecionada.

Tabela 28. *Relação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e o género das crianças em acompanhamento*

Dimensões da Qualidade de Vida	Género	n	M	DP	t	gl	p.
Total WHOQOL-BREF	Feminino	34	79,06	12,31	.583	89	.561
	Masculino	57	77,65	10,41			
Perceção Global de Saúde	Feminino	35	80,00	13,28	.587	95	.559
	Masculino	62	78,39	12,83			
Perceção da Saúde Física	Feminino	34	81,35	11,19	1,290	95	.200
	Masculino	63	78,51	9,89			
Perceção da Saúde Psicológica	Feminino	35	78,63	16,23	.333	94	.740
	Masculino	61	77,64	12,56			
Perceção da Qualidade das Relações Sociais	Feminino	35	79,20	15,15	-.118	97	.906
	Masculino	64	79,56	14,25			
Perceção da Qualidade do Ambiente	Feminino	35	77,43	13,82	.649	92	.518
	Masculino	59	75,59	12,91			

Através do Independent T-test, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ($p. >05$) entre os totais das dimensões do WHOQOL-BREF e o género das crianças em acompanhamento pelas Equipas Locais de Intervenção Precoce. Assim sendo, o género da criança não surge como um aspeto a considerar para a análise da qualidade de vida percecionada.

Tabela 29. *Correlação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e a idade das crianças*

	Correlação de Pearson	Sig. (two-tailed)	N
Total WHOQOL-BREF	-.182	.083	92
Perceção Global de Saúde	-.105	.305	98
Perceção de Saúde Física	-.197	.052	98
Perceção de Saúde Psicológica	-.154	.132	97
Perceção da Qualidade das Relações Sociais	-.022	.832	100
Perceção da Qualidade do Ambiente	-.138	.183	95

Não se verificaram, através da Correlação de Pearson, associações estatisticamente significativas ($p. >05$) entre os totais das dimensões do WHOQOL-BREF e a idade das crianças em acompanhamento pelas Equipas Locais de Intervenção Precoce, o que demonstra que a faixa

etária da criança não influencia a qualidade de vida percebida pelo seu cuidador.

Tabela 30. *Correlação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e a idade das crianças no momento em que iniciam o apoio da ELI*

	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>Sig. (two-tailed)</i>	<i>N</i>
Total WHOQOL-BREF	-.104	.322	92
Percepção Global de Saúde	.019	.852	98
Percepção de Saúde Física	-.032	.755	98
Percepção de Saúde Psicológica	-.123	.230	97
Percepção da Qualidade das Relações Sociais	-.095	.349	100
Percepção da Qualidade do Ambiente	-.113	.274	95

Não se verificaram, através da Correlação de Pearson, associações estatisticamente significativas ($p. >05$) entre os totais das dimensões do WHOQOL-BREF e a idade das crianças no momento em que iniciam o acompanhamento pelas Equipes Locais de Intervenção Precoce. Portanto, a idade das crianças aquando do início do apoio pela Intervenção Precoce, não se revela um aspeto a considerar para a qualidade de vida percebida pelos cuidadores.

Tabela 31. *Correlação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e o número de irmãos da criança em acompanhamento*

	<i>Correlação de Pearson</i>	<i>Sig. (two-tailed)</i>	<i>N</i>
Total WHOQOL-BREF	-.132	.211	92
Percepção Global de Saúde	-.007	.945	98
Percepção de Saúde Física	-.137	.178	98
Percepção de Saúde Psicológica	-.112	.277	97
Percepção da Qualidade das Relações Sociais	-.102	.312	100
Percepção da Qualidade do Ambiente	-.122	.237	95

Através da correlação de Pearson, não se verificaram associações estatisticamente significativas ($p. >05$), entre os totais das dimensões do WHOQOL-BREF e o número de irmãos das crianças em acompanhamento pela ELI. Assim sendo, a existência de irmãos não

surge como um aspeto a ter em consideração para a análise da perceção da qualidade de vida dos sujeitos.

Tabela 32. *Relação entre as dimensões do WHOQOL-BREF e a tipologia de atraso de desenvolvimento*

Dimensões	Atraso de Desenvolvimento	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p.</i>
Total	Autismo	21	75,86	14,08	3,687	4 85	.008
	Linguagem/Comunicação	27	74,48	9,62			
	Sensorial	6	89,50	8,07			
	Motor	5	84,60	3,85			
	AGD	31	80,45	9,19			
Perceção Global de Saúde	Autismo	24	78,75	14,24	2,313	4 91	.063
	Linguagem/Comunicação	28	73,93	14,23			
	Sensorial	6	88,33	9,83			
	Motor	6	81,67	4,08			
	AGD	32	81,56	11,39			
Perceção de Saúde Física	Autismo	23	77,17	13,05	1,794	4 91	.137
	Linguagem/Comunicação	28	78,25	8,19			
	Sensorial	6	88,00	10,51			
	Motor	6	82,00	6,75			
	AGD	33	81,06	9,14			
Perceção de Saúde Psicológica	Autismo	23	74,91	17,66	2,949	4 90	.024
	Linguagem/Comunicação	27	73,04	13,66			
	Sensorial	6	88,33	7,99			
	Motor	6	84,33	6,65			
	AGD	33	81,21	10,91			
Perceção da Qualidade das Relações Sociais	Autismo	24	77,25	18,70	2,460	4 92	.051
	Linguagem/Comunicação	28	74,79	13,53			
	Sensorial	6	90,00	9,14			
	Motor	6	86,66	13,20			
	AGD	33	82,30	11,39			
Perceção da Qualidade do Ambiente	Autismo	23	74,24	15,96	3,629	4 88	.009
	Linguagem/Comunicação	28	72,95	12,55			
	Sensorial	6	91,67	9,70			
	Motor	5	85,50	3,26			
	AGD	31	77,66	10,86			

Efetuuou-se uma ANOVA, para verificar diferenças estatisticamente significativas entre a tipologia do atraso de desenvolvimento e os totais das dimensões do WHOQOL-BREF.

Nesta análise, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões totais do WHOQOL-BREF ($F=3,687$, $gl= 4$, 85 , $p. = .008$) e da percepção da saúde psicológica ($F=2,949$, $gl= 4,90$, $p. = .024$). Sendo a perturbação da linguagem e comunicação, a tipologia de atraso de desenvolvimento que revela uma pior percepção da qualidade de vida.

Tendo em conta o número de participantes na variável independente (tipologia de atraso do desenvolvimento), optou-se por comparar separadamente as tipologias perturbação da linguagem e comunicação, autismo e atraso global do desenvolvimento, por se apresentarem como as opções com maior número de participantes.

Tabela 33. *Relação entre as dimensões do WHOQOL-BREF, o autismo e o atraso global de desenvolvimento*

Dimensões da Qualidade de Vida	Tipologia Familiar	n	M	DP	F	gl	p.
Total WHOQOL-BREF	Autismo	21	75,86	14,08	5,656	50	.160
	AGD	31	80,45	9,19			
Percepção Global de Saúde	Autismo	24	78,75	14,24	2,177	54	.415
	AGD	32	81,56	11,39			
Percepção da Saúde Física	Autismo	23	77,17	13,05	2,230	54	.195
	AGD	33	81,06	9,14			
Percepção da Saúde Psicológica	Autismo	23	74,91	17,66	9,317	54	.105
	AGD	33	81,21	10,91			
Percepção da Qualidade das Relações Sociais	Autismo	24	77,25	18,70	5,817	55	.211
	AGD	33	82,30	11,39			
Percepção da Qualidade do Ambiente	Autismo	23	74,24	15,96	7,094	52	.353
	AGD	31	77,66	10,86			

Tabela 34. *Relação entre as dimensões do WHOQOL-BREF, o autismo e a perturbação da linguagem e comunicação*

Dimensões da Qualidade de Vida	Tipologia Familiar	n	M	DP	F	gl	p.
Total WHOQOL-BREF	Autismo	21	75,86	14,08	5,234	46	.690
	Linguagem / Comunicação	27	74,48	9,62			
Percepção Global de Saúde	Autismo	24	78,75	14,24	.012	50	.229
	Linguagem / Comunicação	28	73,93	14,23			

Percepção da Saúde Física	Autismo	23	77,17	13,05	2,490	49	.721
	Linguagem / Comunicação	28	78,25	8,19			
Percepção da Saúde Psicológica	Autismo	23	74,91	17,66	3,973	48	.674
	Linguagem / Comunicação	27	73,04	13,66			
Percepção da Qualidade das Relações Sociais	Autismo	24	77,25	18,70	3,075	50	.585
	Linguagem / Comunicação	28	74,79	13,53			
Percepção da Qualidade do Ambiente	Autismo	23	74,24	15,96	3,285	49	.747
	Linguagem / Comunicação	28	75,95	12,55			

Tabela 35. *Relação entre as dimensões do WHOQOL-BREF, a perturbação da linguagem e comunicação e o atraso global de desenvolvimento*

Dimensões da Qualidade de Vida	Tipologia Familiar	n	M	DP	F	gl	p.
Total WHOQOL-BREF	AGD	31	80,45	9,19	-2,415	56	.019
	Linguagem / Comunicação	27	74,48	9,62			
Percepção Global de Saúde	AGD	32	81,56	11,39	-2,306	58	.025
	Linguagem / Comunicação	28	73,93	14,23			
Percepção da Saúde Física	AGD	33	81,06	9,14	-1,254	59	.215
	Linguagem / Comunicação	28	78,25	8,19			
Percepção da Saúde Psicológica	AGD	33	81,21	10,91	-2,577	58	.013
	Linguagem / Comunicação	27	73,04	13,66			
Percepção da Qualidade das Relações Sociais	AGD	33	82,30	11,39	-2,537	59	.022
	Linguagem / Comunicação	28	74,79	13,53			
Percepção da Qualidade do Ambiente	AGD	31	77,66	10,86	-1,547	57	.127
	Linguagem / Comunicação	28	75,95	12,55			

Verificaram-se, através do Independent T-test, diferenças estatisticamente significativas ($p. >05$) entre os totais das dimensões do WHOQOL-Bref (total do WHOQOL-BREF, percepção global da saúde, percepção da saúde psicológica e percepção da qualidade das relações sociais), a perturbação da linguagem e comunicação e o tipo atraso global de desenvolvimento.

- i) Total do WHOQOL-BREF ($t=-2,415$, $gl=56$, $p.=0.19$);

- ii) Percepção global da saúde ($t=-2,306$, $gl=58$, $p.=0.25$);
- iii) Percepção da saúde psicológica, ($t=-2,577$, $gl=58$, $p.=0.13$);
- iv) Percepção da qualidade das relações sociais ($t=-2,357$, $gl=59$, $p.=0.22$).

Portanto, a perturbação da linguagem e comunicação surge como um aspeto capaz de influenciar a qualidade de vida percecionada pelos sujeitos e, por isso, a ter em atenção na análise da qualidade de vida das figuras de vinculação.

Contudo, os dados obtidos através desta investigação não vão de encontro à revisão da literatura realizada.

Sequeira (2010) através do seu estudo constatou que, os cuidadores de pessoas com alterações mentais têm uma percepção de suporte social baixa, o que se pode encontrar associado a acentuadas dificuldades ao nível da interação social das pessoas com alterações mentais; ao estigma associado à doença mental; e à manifestação de comportamento tidos como “socialmente desadequados” e que, por isso, exigem uma maior supervisão por parte do cuidador, limitando as oportunidades de participação e convívio social do mesmo.

Por sua vez, Donovan (1988) refere que o autismo é das tipologias de atraso de desenvolvimento que mais dificuldades coloca aos cuidadores, originando maiores níveis de *stress* parental, depressão, ansiedade e afetando o relacionamento familiar e conjugal. Os estudos realizados têm demonstrado que as mães de crianças com autismo apresentam uma maior predisposição a sofrer de depressão do que as mães de crianças com deficiência intelectual ou com desenvolvimento típico (Bristol, Gallagher & Holt, 1993; Olsson & Hwang, 2001; Yirmiya & Shaked, 2005). Rodrigue, Morgan e Geffken (1992) revelam que os cuidadores de crianças com autismo afirmam apresentar menos competências parentais, menos satisfação conjugal e menos adaptabilidade familiar.

Assim, cuidadores de crianças com autismo apresentam mais frequentemente depressão, ansiedade, restrições de atividades e funções, constrangimentos nas relações conjugais e um maior comprometimento da saúde física (Jessop, Riessman & Strein, 1988; Holmes & Carr, 1991; Simon, 1995, 1997; Shu, Lung & Chang, 2000).

3.2. Discussão

De seguida, tomando como referência os objetivos definidos procederemos a uma reflexão dos resultados previamente apresentados, baseados no estudo da amostra. Interpretando-os através dos conhecimentos teóricos da literatura sobre a problemática da vitimização das crianças com atraso global de desenvolvimento constata-se que, na sua maioria, os resultados obtidos foram de encontro aos dados recolhidos durante a revisão da literatura.

Caraterizadas as famílias participantes no estudo verifica tratar-se, maioritariamente, de agregados familiares de tipo nuclear, variando no número de elementos que os constitui. Nestas famílias, a função de cuidado continua a ser assumida, essencialmente, pelas figuras femininas, indo de encontro ao que a literatura nos relata.

Culturalmente, a função de cuidado e acompanhamento das crianças é considerado papel da mulher (Relvas, 2007). Assim, ao falar-se de cuidado, a mulher continua a ser considerada pela sociedade como naturalmente mais adequada, por se considerar que as qualidades femininas são mais adequadas à realização destas tarefas.

Vasconcelos (2009), debruçou-se sobre a divisão sexual do trabalho, revelada pela relação entre o *“trabalho produtivo remunerado”* e o *“trabalho reprodutivo não remunerado”*, que reforça a ideia de *“homem provedor e mulher cuidadora”* e *“das mulheres como força de trabalho secundária”*. De acordo com esta divisão do trabalho faz-se também, a valorização social das atividades definidas como *“tipicamente masculinas”* e a desvalorização das atividades *“tipicamente femininas”* (Vasconcelos, 2009, p. 37).

Na sua maioria, as crianças oriundas das famílias da amostra são do género masculino, com idades compreendidas entre 1 e 6 anos.

Das perturbações de desenvolvimento identificadas pela amostra, o atraso global de desenvolvimento revela-se como a mais prevalente entre as suas crianças.

A OMS estima que, pelo menos 10% da população mundial é constituída por indivíduos portadores de algum tipo de deficiência/incapacidade e que, aproximadamente 4 a 5% das crianças com idade inferior a 5 anos apresenta AGD, sendo este mais prevalente no género masculino.

Ao analisar os dados obtidos através do Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP) constata-se que, as famílias participantes no estudo exercem principalmente, estratégias parentais positivas, valorizando o estabelecimento de relações democráticas entre as

figuras de vinculação e as suas crianças, demonstrando apoio e afeto e optando por técnicas de regulação comportamental.

Tais dados, levam-nos à interpretação do estilo autoritativo/democrático que, de acordo com Baumrind (1966) é revelador de um controlo parental firme, através do qual as figuras parentais expressam afeto pelas crianças, revelando reconhecimento e interesse pelas competências das mesmas. A literatura demonstra que, a adoção de um estilo parental democrático se revela como protetor para o desenvolvimento das crianças, encontrando-se associado a competências sociais adaptativas, promotoras de um maior ajustamento social e emocional.

Apesar de apresentarem dados reveladores de uma menor utilização pelas famílias constituintes da amostra, o estilo permissivo ainda é valorizado pelos participantes. Sendo reflexo de estratégias parentais de cariz negativo, tanto o estilo autoritário como o permissivo, são marcados pela ausência de controlo, escassa imposição de regras/limites e excessiva indulgência, revelando-se facilitadores de uma maior inabilidade social. Considerando que, a aquisição de competências sociais e estruturadoras da personalidade se encontra condicionada pelas atitudes parentais (Baumrind, 1991; Bandeira, 2006) sabe-se que, a existência de práticas parentais disfuncionais, marcadas pelo excesso ou falta de controlo e liberdade, limitam o desenvolvimento dos sujeitos ao nível das suas competências sociais e da construção da sua personalidade (Baumrind, 1966; Bowlby, 1969).

Konnie e Alfred (2013) realizaram um estudo com o objetivo de compreender qual o estilo parental com maior prevalência bem como, a sua interferência no desenvolvimento social dos indivíduos. Deste modo, os dados revelam que o estilo parental permissivo se encontra relacionado com a falta de competências sociais adaptativas. Os autores acrescentam que, sujeitos que são educados num ambiente onde predomina este estilo parental, apresentam maior dificuldade em controlar a impulsividade, menor capacidade para aceitação da responsabilidade e pouca maturidade.

De acordo com a literatura, práticas parentais de caráter positivo promovem uma maior proteção dos menores, diminuindo a probabilidade de desenvolvimento de problemas psicológicos e/ou emocionais nas crianças enquanto que, estilos baseados na punição corporal se encontram associados a uma maior suscetibilidade para o desenvolvimento de problemas mentais e/ou emocionais (Boyd & Waanders, 2013; Compass et al., 2010; Mulvaney & Mebert, 2010; Xing & Wang, 2013).

No presente estudo, as famílias monoparentais e recombinadas revelam uma reduzida

valorização dos estilos de cariz democrático, de regulação e autonomia para com as suas crianças.

Através das suas investigações, Hilton e Desrochers (2002) referem que, as crianças oriundas de famílias monoparentais tendem a apresentar maiores dificuldades ao nível do desenvolvimento bem como, um maior comprometimento do seu desempenho escolar. Tal situação é acentuada pela exigência de educar uma criança sozinha o que, aliado a baixas estratégias de *coping* faz com que os cuidadores exerçam um reduzido controlo parental.

Por sua vez, as famílias de tipologia alargada e recombinação apresentam uma maior valorização do estilo permissivo. Os pais permissivos/negligentes revelam-se pouco exigentes, procurando responder no imediato, às necessidades dos seus filhos (Macoby & Martin, 1983; Weber, 2004).

Estudos realizados no âmbito dos estilos parentais demonstram que, os filhos de pais permissivos apresentam dificuldades ao nível da autorregulação e dificuldade em gerir conflitos (Patock-Peckham, 2001; Miller, 2002). Se, no estudo, se proceder à separação entre pais indulgentes e pais negligentes, as crianças de pais negligentes são as que revelam os resultados mais negativos, demonstrando um menor desempenho em todos os domínios- baixo rendimento escolar, baixa autoestima, depressão e maior nível de stress (Darling, 1999; Radziszewska, Richardson & Dent, 1996; Weber, 2004).

De acordo com os dados da amostra constata-se que, este estilo parental é mais valorizado pelos cuidadores mais velhos.

Ao analisar a relação entre as subescalas do QEDP e as habilitações literárias dos cuidadores compreendemos que, estas interferem na seleção das práticas educativas utilizadas. Ao analisar os estilos parentais utilizados pelos cuidadores menos qualificados (1º ciclo do Ensino Básico) e os estilos parentais praticados pelos cuidadores mais qualificados (Licenciatura) constata-se que, os segundos demonstram uma maior valorização das estratégias parentais positivas (subescala democrática e subescala regulação) enquanto que os primeiros optam, maioritariamente, pelo estilo autoritário e pela coerção física.

Nas suas investigações, Gouveia, Carona, Canavarro e Moreira (2016) verificaram que cuidadores menos qualificados recorrem, essencialmente, a práticas parentais de carácter negativo, revelando resultados significativos nas dimensões da negligência, da disciplina permissiva e do abuso físico. No mesmo estudo, os autores constataram que, os pais/cuidadores com habilitações de nível superior demonstravam uma maior utilização de práticas parentais de carácter positivo, associadas ao estilo parental autoritativo.

Quando avaliamos a qualidade de vida percebida através dos cuidadores, é possível observar uma percepção global de qualidade de vida satisfatória, por parte da amostra.

A saúde física e as relações sociais são as dimensões que apresentam os valores médios mais elevados enquanto que, o valor mais baixo é percebido na dimensão relativa à qualidade do ambiente.

Relacionando os resultados do QEDP e do WHOQOL-BREF, revela-se possível afirmar que, indivíduos com uma melhor percepção da saúde principalmente, psicológica, têm uma maior tendência para a utilização de estilos e práticas parentais de caráter positivo enquanto que, a adoção de estilos parentais menos positivos é mais comum em cuidadores com uma percepção de saúde psicológica mais reduzida.

Neste sentido, a revisão da literatura permitiu verificar que, mães/cuidadoras com problemas de saúde psicológica/mental tendem a adotar estratégias parentais menos adequadas (Oyserman, Bybee & Macfarlane, 2002).

Estudos neste âmbito têm procurado compreender a relação entre as mães com doença mental e as práticas parentais por si utilizadas. Os mesmos têm demonstrado que a depressão é o diagnóstico mais comum entre as cuidadoras e que, o afastamento e negatividade associados a esta doença se revelam promotores de estados de ansiedade e apego desorganizado face às suas crianças e que a diminuição da afetividade da mãe para com a sua criança, conduz à adoção do estilo parental negligente, segundo o qual as mães negligenciam as suas responsabilidades (Azar & Wolfe, 1998 cit in Mowbray, Oserman, Bybee & MacFarlane, 2002).

Por sua vez, Bayfar, Reid e Webster-Stratton (2003) verificaram nos seus estudos que, a doença mental materna se manifesta como fator de risco, conduzindo os cuidadores à prática de comportamentos parentais negligentes.

Quando comparada com as demais tipologias familiares, os agregados monoparentais apresentam valores mais baixos no que respeita à percepção global de saúde, à saúde psicológica e às relações familiares.

Na maioria das situações, neste tipo de família, a figura materna é o único adulto responsável pela organização do espaço doméstico, pela garantia financeira do agregado, pela orientação da rotina familiar e pelo bem-estar emocional da família. Esta sobrecarga faz com que as mães e cuidadoras experienciem elevados níveis de ansiedade e de sentimentos como a solidão ou o abandono.

Num estudo realizado em 2001 acerca dos requerentes do Rendimento Social de Inserção, Francisco Branco verificou a existência de instabilidade nas relações familiares que, em consequência, coloca em causa a competência destas famílias no que se refere ao processo de socialização das suas crianças. Relvas (1996) também considera que, famílias monoparentais provenientes de meios sociais mais desfavorecidos se encontram muitas vezes, desprovidos de condições que lhes permitam responder satisfatoriamente à necessidade de socialização. Nesta linha, Córdon e Soler (1989) consideram que tal condição de apresenta como fator de risco para a pobreza e exclusão social, principalmente para as crianças.

Baraldi (1994 *cit in* Rebelo, 2008) refere que, com o nascimento de um filho com necessidades educativas especiais, os pais enfrentam um grande desafio ao ter de aceitar o filho real e fazer o luto do filho ideal. Em muitos casos, esta aceitação revela-se morosa, obrigando os pais/cuidadores a adotar mecanismos de defesa e proteção- negação da situação e proteção extrema da criança.

Ao analisar-se a relação entre as dimensões de qualidade de vida dos cuidadores e as tipologias de atraso de desenvolvimento apresentadas pelas suas crianças é visível que, as famílias/cuidadores de crianças com perturbação da linguagem e comunicação, são os que apresentam uma menor perceção da qualidade de vida.

Barroso (2004 *cit in* Rebelo, 2008) ao analisar a forma como as famílias reagem à existência de um comprometimento/atraso no desenvolvimento das suas crianças, descreve a situação como traumática, agressiva, restritiva das oportunidades de lazer e descanso, promotora de um sofrimento contínuo e de um cansaço permanente.

Os resultados obtidos levam-nos a considerar que, as figuras de vinculação experienciam um diversificado conjunto de sentimentos e emoções, sobretudo de carácter negativo, desencadeadores de desgaste emocional que, condicionam a escolha dos estilos parentais praticados e reduzem a qualidade do apoio e acompanhamento prestados aos menores (Cardoso, 2011 *cit in* Silveira et al., 2006; Manoel et al., 2013). Porém, Ferguson (2002) afirma que os pais que assumam uma postura de maior aceitação e consequente adaptação ao atraso de desenvolvimento apresentado pela sua criança, conseguem a manutenção da harmonia familiar, obtendo resultados mais positivos no que se refere à forma de enfrentar a situação.

Capítulo 4. Conclusão

Considerando os resultados alcançados, com esta investigação foi possível analisar os estilos e práticas parentais utilizados pelas famílias e/ou pelos cuidadores de crianças entre os 0 e os 6 anos, com atraso global de desenvolvimento, em acompanhamento pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

Assim, constatou-se que a maioria dos participantes da amostra recorre à utilização de estratégias parentais positivas- subescala democrático e as ramificações de apoio e afeto, regulação e autonomia. Ao correlacionar as subescalas do QEDP com a tipologia familiar verifica-se que, os agregados nucleares são os que mais recorrem ao estilo democrático enquanto que as famílias recombinaadas e monoparentais são as que menos valorizam o recurso a esta estratégia. Por sua vez, os agregados familiares recombinaados e/ou alargados são as tipologias familiares que mais optam pelas estratégias parentais de cariz negativo- subescala permissivo e, os cuidadores mais velhos são os que mais valorizam este estilo parental.

Quanto à análise da qualidade de vida, os resultados obtidos através do WHOQOL-BREF refletem que, os participantes no estudo apresentam uma perceção global satisfatória relativamente à sua qualidade de vida, sendo o valor médio do total do questionário de 78,26. Em termos globais, a amostra apresenta menor perceção da qualidade do ambiente ($M=79,41$), contrariamente aos valores mais elevados, percecionados quanto à qualidade da saúde física e das relações sociais, ambos com valores médios de 79,51.

Ao relacionar os resultados do QEDP com os do WHOQOL-BREF, verifica-se a existência de uma relação entre os estilos parentais utilizados e o nível de qualidade de vida percecionado pelos cuidadores. Importa salientar as associações positivas ligeiras estabelecidas entre o estilo democrático e a perceção de saúde psicológica ($r=.214$), a prática de regulação e a perceção de saúde psicológica ($r=.245$) e a prática de autonomia com a perceção global de saúde ($r=.224$) e com a perceção de saúde psicológica ($r=.244$). Estes valores refletem que, quanto mais positiva for a perceção de saúde psicológica, maior a probabilidade do recurso a estilos e práticas parentais mais positivas.

Por sua vez, e demonstrando que uma perceção mais negativa da saúde psicológica promove a adoção de estilos e práticas parentais menos positivos, registam-se algumas correlações estatisticamente significativas entre o estilo democrático e a perceção de saúde psicológica ($r=.214$), a prática de regulação e a perceção de saúde psicológica ($r=.245$), a prática de

autonomia e a percepção global de saúde ($r=.224$) e a prática de autonomia com a percepção de saúde psicológica ($r=.244$).

Analisando as relações entre a percepção global de saúde, a percepção de saúde psicológica, a percepção da qualidade das relações sociais e a tipologia do agregado familiar verifica-se que, as famílias monoparentais revelam uma percepção global de saúde mais reduzida ($F=3,102$), uma menor percepção de saúde psicológica ($F=2,986$) e uma reduzida percepção da qualidade das relações sociais ($F=2,715$) em comparação com as restantes tipologias familiares.

Relacionando o total das dimensões do WHOQOL-BREF ($F=3,687$) com a percepção de saúde psicológica ($F=2,949$) compreende-se que, as famílias/cuidadores de crianças com perturbação da linguagem e comunicação são as que revelam uma pior percepção da qualidade de vida.

Como qualquer investigação, este estudo viu-se confrontado com algumas limitações inerentes à sua natureza, podendo estas revelar-se como propostas de melhoria para estudos futuros. Considera-se que, uma amostra representativa da realidade nacional nos poderia revelar dados distintos, permitindo avaliar se a escolha dos estilos e práticas parentais é influenciada pelo meio natural de vida das famílias, comparando as realidades do litoral/interior, do norte/sul e do continente/ilhas. Verifica-se também que, a maioria dos participantes é do género feminino, o que poderia alterar-se com o alargamento da amostra e assim, demonstrar diferenças nos resultados obtidos entre os cuidadores de ambos os géneros.

Para além das propostas acima apresentadas seria pertinente, em futuras investigações auscultar as percepções dos profissionais de IP quanto aos estilos parentais praticados pelas famílias/cuidadores das crianças em acompanhamento.

Enquanto profissional de IP e membro de uma equipa multidisciplinar, o Assistente Social tem vindo a atuar de forma vincada na área do atraso global de desenvolvimento, implementando novos modelos de intervenção, promovendo um tratamento mais humanizado das crianças e das suas famílias, fomentando a intervenção centrada na família e a inclusão social das crianças com desenvolvimentos não normativos.

Orientado pelos princípios éticos e normas deontológicas da profissão, pela promoção da autonomia dos sujeitos e pela garantia da justiça social, o Assistente Social procura ao longo do processo interventivo promover o cumprimento dos direitos humanos dos indivíduos.

Na intervenção nas Equipas Locais de Intervenção Precoce, é fundamental que o profissional de Serviço Social realize uma abordagem holística, multidimensional e sistémica, adotando uma prática interventiva que lhe permita enquadrar todos os sistemas que integram o ser

humano. Espera-se que, em IP, o Assistente Social esteja atento a um conjunto de fatores de proteção e/ou de risco, que lhe permita ir diagnosticando a realidades das crianças e das famílias e, assim, ajustar a sua intervenção de modo a responder às reais necessidades.

Abrangente e transversal a toda a vivência humana, a violência é influenciada por um conjunto de fatores que podem contribuir para a sua perpetração nos diferentes contextos de relação. Sabe-se que, as crianças podem ser vítimas diretas, quando expostas a episódios de negligência ou abuso, ou vítima indireta, através da exposição a violência interparental (Oliveira, 2015).

Entende-se que, como profissional centrado na garantia dos direitos dos indivíduos e da justiça social, o Assistente Social deve estar atento a três grandes conjuntos de fatores contextuais-situacionais, os fatores sociais e os fatores individuais.

Riggs e O'Leary (1989) consideram que, as variáveis contextuais predizem o comportamento agressivo e as variáveis situacionais predizem a perpetração da violência sobre o parceiro íntimo. A investigação realizada por Kelley (2010) mostra-nos que o consumo de substâncias pelos progenitores se traduz como um fator preditor para a ocorrência de violência interparental.

De acordo com a literatura, a dependência de substâncias lícitas e/ou ilícitas poderá desencadear uma espiral de conflitos legais, sociais e interpessoais revelados, por exemplo, na ocorrência de conflitos conjugais ou na negligência perante os filhos. Também a saúde mental, principalmente das mães, se manifesta como um fator de risco. Assim, mulheres com sintomatologia depressiva optam, maioritariamente, por práticas parentais negativas, valorizando o castigo corporal.

Culturalmente, a ideia de família encontra-se associada a amor, proteção e transmissão de valores. Quando ocorre um desvio nesta missão, surgem os fatores sociais de risco para a ocorrência de situações de vitimização, podendo ocorrer episódios prejudiciais ao desenvolvimento das crianças.

Presenciar atos violentos durante a infância manifesta-se como fator de risco para a agressão marital ao longo da vida (Kalmus, 1984 *cit in* Oliveira, 2015). Apreender, ao longo da vida, valores morais legitimadores da violência coloca os indivíduos numa situação de maior vulnerabilidade, promovendo a aceitação e normalização da violência.

Por último, existem fatores intrínsecos aos sujeitos - os fatores individuais - que, alguns autores relacionam com uma maior predisposição para a exposição ou prática de atos violentos.

Neste conjunto, a idade dos sujeitos manifesta-se como um importante ponto a avaliar uma vez que, influencia o impacto que a violência provoca nas vítimas. Calvete e Orue (2013 *cit in* Oliveira, 2015), a partir do seu estudo demonstraram que, os adolescentes mais novos se encontram mais expostos a vitimização direta visto que, apresentam menor capacidade de reação e defesa a estas situações.

O género, usado pelas Ciências Sociais como referência teórica para a compreensão e diferenciação do papel feminino e do papel masculino apresenta-se também, como um fator a considerar para a identificação e análise de possíveis situações de violência (Oliveira, 2015). Refere a literatura que, mulheres vítimas durante a infância têm maior probabilidade de se manterem vítimas em relações futuras (Gómez, 2011; Patel *et al.*, 2012 *cit in* Oliveira, 2015). Contudo, tanto os homens como as mulheres têm maior probabilidade de perpetração da violência ao longo da vida se, durante a infância tiverem sido vítimas (Fang & Corso, 2008; Gómez, 2011; Holt & Gillespie, 2008; Milletich *et al.*, 2010; Patel *et al.*, 2012 *cit in* Oliveira, 2015).

Habitualmente, também as condições socioeconómicas se encontram interrelacionadas com o risco acrescido de exposição à violência. Alguns autores entendem que as dificuldades económicas desencadeiam um maior nível de stress, promovendo o desequilíbrio familiar e fomentando a perpetração da violência nas relações familiares (Robert *et al.*, 2011 *cit in* Oliveira, 2015). Por último e, ainda em relação aos contextos individuais, encontra-se uma relação entre as características biológicas e psicológicas dos sujeitos e a perpetração da violência. Neste sentido compreende-se que, a depressão por exemplo, pode conduzir à perpetração da violência, enquanto vítima ou agressor.

Atuando nas expressões da questão social, que envolvem os sujeitos enquanto ser individual e, ao mesmo tempo como parte de um coletivo- a família- o Assistente Social deve ser capaz de compreender a individualidade e singularidade dos sujeitos da sua intervenção. Considera-se que, o presente estudo contribuiu para um conhecimento aprofundado da família como um sistema em constante interação com o meio, que influencia e é influenciada pelos contextos nos quais se integra. Assim, verifica-se que, ao intervir nas famílias como um todo, promovendo o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, também se promove um desenvolvimento infantil saudável, reduzindo a exposição dos menores a situações de vitimização.

Bibliografia

- Aiello, A. & Buonadio, M. C. (2003). Mães com deficiência mental: O retrato de uma população esquecida. In M. C. Marquês, M. A. Almeida, S. Omote, & E. D. O. Tanaka (Org.). *O papel da família junto ao portador de necessidades especiais* (Coleção Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial, v. 6), (pp. 131-146). Londrina: Eduel.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares*. 3ª edição. Lisboa: Quarteto.
- Almeida, A. N. (1999). Família e maus tratos às crianças em Portugal. Relatório Final. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Almeida, H. (2002). Mediação, Um Conceito e Uma Prática Identitária do Serviço Social, In *Serviço Social: Unidade na Diversidade. Encontro com a Identidade Profissional- Encontro com a Identidade Profissional*. I Congresso Nacional de Serviço Social. Lisboa, APSS.
- Almeida, H. (2002). Mediação, Um Conceito e Uma Prática Identitária do Serviço Social, In *Serviço Social: Unidade na Diversidade. Encontro com a Identidade Profissional- Encontro com a Identidade Profissional*. I Congresso Nacional de Serviço Social. Lisboa, APSS.
- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologias da investigação em psicologia e educação*. 2ª edição. Braga: Psiquilíbrios.
- American Academy of Pediatrics (2002). The psychological maltreatment of children-technical report. *Pediatrics*, 109(4), 1-3
- American Psychiatric Association, (2014). *Manual de diagnóstico e estatísticas das perturbações mentais -TR*. (5.º ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2013). *Manual de Procedimentos*. Lisboa: APAV.
- Bellman, M., & Cash, J. (1987). *The Schedule of Growing Skills in practice*. London: NFER.
- Bon, C. (2003). As profissões da deficiência. In Chopart, J. *Os novos desafios do trabalhador social: dinâmicas de um campo profissional*. Porto: Porto Editora, 163-170.
- Bowlby, J. (1993). Apego e perda: separação, angústia e raiva. Vol. 2(2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1973).
- Braga, A. P. B. (2018). Serviço Social e Autodeterminação das Pessoas com Deficiência. Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em Serviço Social. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE).
- Bretherton, I. (1992). As origens da teoria do apego: John Bowlby e Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28 (5), 759-775.
- Bronfenbrenner, U. (1977). *Toward an experimental ecology of human development*. American Psychologist. Washington, DC: American Psychological Association, n.32, 513-531.

- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona C., & Paredes, T. (2009). *WHOQOL-BREF (Adaptação Portuguesa)*. WHOQOL-BREF, World Health Organization Quality of Life Group (1994).
- Carvalho, J. (2015). Estudo das ELI dos Distritos de Braga e Bragança: Um contributo para a avaliação das Práticas Centradas na Família. Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre. Braga: Instituto de Educação, Universidade do Minho.
- Carvalho, L., Almeida, I. C. de, Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P. C., Franco, V. (2016). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: um guia para profissionais*. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- Ceconello, A. M., Antoni, C., & Koller, S. H., (2003). Práticas Educativas, Estilos Parentais e Abuso Físico no Contexto Familiar. *Psicologia em Estudo Maringá*, v.8, 45-54
- Cohen, L. G., & Spenciner, L. J. (1994). *Assessment of young children*. Longman: New York.
- Constituição da República Portuguesa (1976). *Procuradoria Geral*. Lisboa.
- Contente, P. F. M. Q.V. (2012). Bem-Estar, Qualidade de Vida e Saúde Mental: estudo descritivo na cidade da Horta. Dissertação apresentada à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Faculdade de Psicologia.
- Convenção sobre os Direitos da Criança (1989). *Assembleia Geral da ONU*.
- Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: <https://www.inr.pt/documents/11309/44742/Conven%C3%A7%C3%A3o+sobre+os+Direitos+da+Pessoas+com+Defici%C3%Aancia/7601dc72-a4a6-4631-b9a2-b37b11fe571e>. Acedido em 07/03/2023.
- Cross, D. (2015). Maternal Trauma and Psychopathology Predict Problematic Parenting.
- Declaração de Salamanca (1994). *UNESCO*. Salamanca, Espanha.
- Decreto-Lei nº. 281/2009, de 6 de outubro. *Diário da República*, 1ª Série- Nº. 193. Lisboa.
- Despacho Conjunto nº. 891/99, de 19 de outubro. *Diário da República*, 2ª Série- Nº. 244. Lisboa.
- Dias, A. (2018). *Violência Doméstica e de Género: uma abordagem multidisciplinar*. 1ª edição, Pactor. Lisboa.
- Dias, I., (1996), “Estratégias de pesquisa qualitativa no estudo da violência na família”, in *Metodologias Qualitativas para as Ciências Sociais*, Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras do Porto, pp. 29-39.
- Farias, R. S. C., (2014). Violência conjugal: o silêncio das vítimas. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social-Acompanhamento Social e Inserção. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Católica Portuguesa.

- Flaherty, S. C. (2010). Uma revisão da teoria do apego no contexto da paternidade adolescente. *Journal of Pediatric Health Care*, 25, 114-121.
- Gallo, A. E., & Williams, L. C. A. (2005). Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7, 81-95.
- Konnie, M., & Alfred (2013). Influence of parenting styles on the social development of children. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 2, 123-129
- Lei nº. 147/99, de 01 de setembro. Procuradoria Geral da República. Ministério Público. Lisboa.
- Leite, M. (2022). A violência no exercício da Profissão de Assistente Social no caso do Concelho de Lamego. Dissertação apresentada ao Politécnico de Viseu para obtenção do Grau de Mestre. Viseu: Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego. Politécnico de Viseu.
- Lidchi, V. G. (2010). *Maus-Tratos e Proteção de Crianças e Adolescentes uma visão Ecosistêmica*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Instituto Noos
- Maccoby, E. E. (1990). *Gender and Relationships: A Developmental Account*. American Psychologist, 45, 513-520.
- Machado, M. A. M., (2019). Perspetivas de famílias sobre as práticas de intervenção precoce na infância: o que nos diz a literatura. *Revista Educação Especial*, v.32, 1-19. Universidade Federal de Santa Maria
- Magalhães, T. (2002). *Maus tratos em crianças e jovens*. Coimbra: Quarteto.
- Marques, D. M. P., (2018). O Papel do Serviço Social em Contexto de Casa de Abrigo para Mulheres e Crianças Vítimas de Violência Doméstica. Dissertação apresentada ao Instituto Universitário de Lisboa para obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE).
- Martins, H. I. R., (2012). O Agir do Assistente Social nas Equipas de Intervenção Precoce. Dissertação apresentada ao Instituto Universitário de Lisboa para obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE).
- Mendes, M. G. S. R., & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: Do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Referência*, 6, 113- 121.
- Miguel, Valentim & Carugati (2009). *Questionário de Estilos e Dimensões Parentais- versão reduzida, Adaptação Portuguesa*. Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ)- Short Form. Robinson, Mandleco, Olsen & Hart (2001).
- Ministério da Educação (2020/2021). *Relatório de Educação Inclusiva*.
- Molofsky, W. J., & Gold, A. P. (1988). Pediatric neurological evaluation. Em C. J. Kestenbaum & D. T. Williams (Eds.), *Handbook of clinical assessment of children and adolescents: Vol. Volume 1* (pp. 379–395). Clarice J. Kestenbaum, Daniel T. Williams.
- Moniz, S. M. A., (2020). Autodeterminação e Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental: o

- confronto de percepções pessoais dos participantes, dos Encarregados de Educação e dos Técnicos. Dissertação apresentada à Universidade da Madeira para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia- Especialidade em Psicologia da Educação. Madeira: Universidade da Madeira.
- Morato, P. (1995). *Deficiência mental e aprendizagem: um estudo de caso sobre a cognição espacial de crianças com trissomia 21*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiências.
- Nascimento, C. (2015). *Atraso Global do Desenvolvimento Perturbação do Desenvolvimento Intelectual*. Perturbações do Neurodesenvolvimento – Manual de Orientações Diagnósticas e Estratégias de Intervenção. 1ª edição.
- Observatório da Deficiência e Direitos Humanos (2021). *Pessoas com Deficiência em Portugal- Indicadores de Direitos Humanos 2021*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade de Lisboa.
- Oliveira, M. S. (2015). *Transmissão Intergeracional da Violência*. 1ª edição, Chiado Editora. Lisboa.
- Oliveira, M. S. (2016). Famílias multiproblemáticas: estratégias para uma intervenção psicossocial. Pactor. Lisboa.
- Ortiz, M. J., Fuentes, M. J., & López, F. (2014). *Desarrollo socioafectivo en la primera infancia*. Em J. Palacios, Á. Marchesi, & C. Coll (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación*. 1. Psicología Evolutiva. 2ª edição. 151–178. Madrid: Alianza Editorial.
- Pedersen, J. R. (2009). Vitimação e vitimização de crianças e adolescentes: expressões da questão social e objeto de trabalho do Serviço Social. *Revista Textos e Contextos Porto Alegre*, v.8, n.1, 104-109.
- Peixoto, C. S. & Oliveira, M. S. (2021). *Acolhimento Residencial de Crianças e Jovens em Perigo: conceitos, prática e intervenção*. 1ª edição, Pactor. Lisboa.
- Pereira, A.M.L., (2016). Prática Profissional do Assistente Social no contexto da Incapacidade Intelectual. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Leiria para obtenção do Grau de Mestre em Educação Especial-Domínio Cognitivo Motor. Leiria: Escola Superior de Educação e Ciências Sociais. Instituto Politécnico de Leiria.
- Pimentel, J. V. (2004). Avaliação de programas de intervenção precoce. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/201>
- Portaria nº. 139/2013, de 2 de abril. *Diário da República*, 1ª Série- Nº. 64. Lisboa.
- Relvas, A. P. (2007). *A mulher na família: em torno dela*. In A. P. Relvas, & M. Alarcão (Eds.), *Novas formas de famílias*. 229-337. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Santos, S. e Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto Editora.
- Sapienza, G. & Pedromônico M. R. M. (2005). Risco, Proteção e Resiliência no Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. *Psicologia em Estudo Maringá*, v.10, n.2, 209-216.

- Serrano, A. M. (2007). *Redes Sociais de Apoio e Sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Porto editora
- Silva, N. (2015), *Atraso Global de Desenvolvimento: ambiente familiar, aptidões sociais e comportamento da criança*. Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em Psicologia, na especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (2018). *Relatório de Atividades*.
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (2010). *Crítérios de Elegibilidade*. <https://snipi.gov.pt/apresentacao/criterios-de-elegibilidade#no-back>. Acedido em: 25/02/2023.
- Soares, I. (2009). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (2ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Srour, M., Mazer, B., & Shevell, M. I. (2006). Analysis of clinical features predicting etiologic yield in the assessment of global developmental delay. *Pediatrics*, 118, 139-145.
- Stacciarini, A. F. L, (2019). *A Evolução do Conceito de Família: as novas configurações familiares e suas consequências jurídicas e sociais*. Dissertação apresentada à Universidade Autónoma de Lisboa para obtenção do Grau de Mestre em Direito-Especialidade em Ciências Jurídicas. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa.
- Távora, L. M., (2019). *Estilos Parentais e Perceção de Autoeficácia em pais de crianças dos 0 aos 6 anos: interface com fatores de risco e proteção no desenvolvimento precoce*. Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Vale, M. C. (2020). *Atraso Global de Desenvolvimento Psicomotor*. PEDIPEDIA Enciclopédia Pediátrica Online. Disponível em <https://pedipedia.org/pro/artigo-profissional/atraso-global-de-desenvolvimento-psicomotor>
- Vasconcelos, M. (2009). *Responsabilidades Familiares*. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Revista do Observatório da Igualdade de Género*.
- Xia, G. & Qian, M. (2001). The relationship of parenting style to self-reported mental health among two subcultures of Chinese. *Journal of Adolescence*, 24, 251-260

Anexos

Anexo 1. Pedido de Autorização ao SNIPI

Pedido de Autorização Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância- Subcomissão de Coordenação Regional do Norte

Exma. Subcomissão de Coordenação Regional Norte do SNIPI,

O meu nome é Ana Cristina Moreira da Costa, sou licenciada em Serviço Social e encontro-me a frequentar o 2º ano do Mestrado em Serviço Social, no Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Atualmente, sob a orientação da Professora Doutora Madalena Sofia Oliveira, encontro-me a desenvolver um estudo/investigação com o objetivo geral de compreender de que modo o Bem-Estar Geral das figuras de vinculação de crianças entre os 0 anos e os 6 anos, com Atraso Global de Desenvolvimento e/ou Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento, pode revelar-se como fator de proteção ou fator de risco para a exposição dos menores a situações de vitimização.

Para o efeito, será aplicado um Questionário de Caracterização Sociodemográfica, da autoria da investigadora, e utilizadas as Escalas WHOQOL-BREF (World Health Organizations Quality of Life-Bref) e Parenting Styles and Dimensions Questionnaire-Short Form, ambas adaptadas e validadas para a população portuguesa e cuja autorização para utilização já foi solicitada aos respetivos autores.

O processo de recolha de dados deve ocorrer entre os meses de fevereiro de 2023 e abril de 2023, junto das famílias com crianças em acompanhamento pelas Equipas Locais de Intervenção Precoce do Norte interferindo, o menos possível, com a intervenção dos profissionais da ELI.

Prevê-se que a aplicação dos instrumentos mencionados tenha uma duração de, aproximadamente, 20 minutos. O processo de recolha de dados será sempre realizado de acordo com a disponibilidade da Equipa Local de Intervenção Precoce e das famílias/cuidadores participantes no estudo, em local de maior conveniência para os participantes, salvaguardando o carácter voluntário da sua participação e o total respeito pelo seu anonimato garantindo que, as famílias participantes do estudo poderão interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou dano para si próprio ou para as suas crianças.

Os instrumentos de recolha de dados serão disponibilizados aos participantes pela investigadora ou por um profissional da ELI, dentro de um envelope que, após o preenchimento, deverá ser selado e não identificado.

Conforme a Lei nº 58/2019, de 08 de agosto (Lei da Proteção de Dados Pessoais), será recolhido o Consentimento Informado de todos os participantes do estudo, salvaguardando todos os princípios éticos bem como, o caráter voluntário, confidencial e anónimo da investigação. Assim, durante o processo de estudo, serão apenas administrados os instrumentos de recolha de dados já mencionados, não sendo necessário o acesso aos processos individuais das crianças em acompanhamento ou a recolha de qualquer outra informação.

Em anexo, envio o Consentimento Informado, o Questionário de Caracterização Sociodemográfica, a Escala WHOQOL-BREF, a Escala Parenting Styles and Dimensions Questionnaire-Short Form e as autorizações dos autores para utilização das respetivas escalas.

Agradeço antecipadamente a vossa disponibilidade, encontrando-me disponível para reunir com as Equipas Locais de Intervenção Precoce do Norte para apresentação do projeto de investigação e, no caso de autorização, comprometo-me a facultar-vos os resultados obtidos no estudo.

Sem outro assunto de momento, despeço-me com os mais cordiais cumprimentos.

A Investigadora,

Ana Cristina Moreira da Costa.

Anexo 2. Pedido de Colaboração às Equipas Locais de Intervenção Precoce da Região Norte

Equipas Locais de Intervenção Precoce da Região Norte

Exmo. Senhor Coordenador da Equipa Local de Intervenção Precoce,

O meu nome é Ana Cristina Moreira da Costa, sou licenciada em Serviço Social e encontro-me a frequentar o 2º ano do Mestrado em Serviço Social, no Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Atualmente, sob a orientação da Professora Doutora Madalena Sofia Oliveira, encontro-me a desenvolver uma investigação com o objetivo geral de compreender de que modo o Bem-Estar Geral das figuras de vinculação de crianças entre os 0 anos e os 6 anos, com Atraso Global de Desenvolvimento, pode revelar-se como fator de proteção ou fator de risco para a exposição dos menores a situações de vitimização.

O processo de recolha de dados deve ocorrer entre os meses de fevereiro de 2023 e abril de 2023.

Estão cumpridos todos os procedimentos para a colaboração do SNIPI neste estudo pelo que, após obtenção de parecer positivo pela Subcomissão de Coordenação Regional do Norte do SNIPI venho solicitar, a Vossa Excelência, a autorização para realização da referida investigação na ELI, por si coordenada.

Agradeço antecipadamente a vossa disponibilidade, encontrando-me disponível para reunir com a Equipa para apresentação do projeto de investigação e, no caso de autorização, comprometo-me a facultar-vos os resultados obtidos no estudo.

Sem outro assunto de momento, despeço-me com os mais cordiais cumprimentos.

A Investigadora,

Ana Cristina Moreira da Costa.

Anexo 3. Pedido de Autorização para Utilização do Instrumento QEDP

Utilização do Instrumento- Questionário de Estilos e Dimensões Parentais

Exma. Professora Doutora Isabel Miguel,

O meu nome é Ana Cristina Moreira da Costa, sou licenciada em Serviço Social e encontro-me a frequentar o 2º ano do Mestrado em Serviço Social, no Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Atualmente, sob a orientação da Professora Doutora Madalena Sofia Oliveira, encontro-me a desenvolver uma investigação com o objetivo de compreender de que modo o Bem-Estar Geral das figuras de vinculação de crianças com Atraso Global de Desenvolvimento e/ou Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento, pode manifestar-se como fator de proteção ou fator de risco para a exposição dos menores a situações de vitimização.

Assim, e tendo conhecimento, da adaptação e tradução portuguesa do questionário “Parenting Styles and Dimensions Questionnaire- Short Form” (Robinson, Mandleco, Olsen & Hart, 2001) solicito a Vossa Excelência a autorização para utilização do instrumento “Questionário de Estilos e Dimensões Parentais- Versão Reduzida: Adaptação portuguesa”, na investigação que me proponho realizar.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e, no caso de autorização para utilização do questionário, comprometo-me a dar-lhe conhecimento dos resultados obtidos no estudo.

Sem outro assunto de momento, despeço-me com os mais cordiais cumprimentos.

A Investigadora,

Ana Cristina Moreira da Costa.

Anexo 4. Pedido de Autorização para Utilização do Instrumento WHOQOL-BREF

Utilização do Instrumento- Escala WHOQOL-BREF

Exma. Professora Doutora Maria Cristina Canavarro,

O meu nome é Ana Cristina Moreira da Costa, sou licenciada em Serviço Social e encontro-me a frequentar o 2º ano do Mestrado em Serviço Social, no Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Atualmente, sob a orientação da Professora Doutora Madalena Sofia Oliveira, encontro-me a desenvolver uma investigação com o objetivo de compreender de que modo o Bem-Estar Geral das figuras de vinculação de crianças com Atraso Global de Desenvolvimento e/ou Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento, pode manifestar-se como fator de proteção ou fator de risco para a exposição dos menores a situações de vitimização.

Assim, e tendo conhecimento, do instrumento “WHOQOL-BREF” solicito a Vossa Excelência a autorização para utilização do referido instrumento na investigação que me proponho realizar.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e, no caso de autorização para utilização do questionário, comprometo-me a dar-lhe conhecimento dos resultados obtidos no estudo.

A Investigadora,

Ana Cristina Moreira da Costa

Anexo 5. Consentimento Informado

Investigação no âmbito do Mestrado em Serviço Social

Investigadora: Ana Cristina Moreira da Costa

A atual investigação decorre no âmbito do Mestrado em Serviço Social e tem como principal objetivo compreender de que forma, o Bem-Estar Geral das figuras de vinculação das crianças com Atraso Global de Desenvolvimento e/ou Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento, pode manifestar-se como fator de proteção ou fator de risco para a exposição dos menores a situações de vitimização. Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema sendo, para tal, necessário a participação de famílias/cuidadores de crianças em acompanhamento nas Equipas Locais de Intervenção Precoce da Região Norte.

A participação no referido estudo não acarreta, para si, qualquer despesa ou risco. As informações serão obtidas através da aplicação do Questionário de Caracterização Sociodemográfica, do Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP) e da Escala WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life- Bref).

Serão salvaguardados todos os princípios éticos e garantida a confidencialidade e anonimato de todos os participantes. Salientamos que, a sua participação é totalmente voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como todos os esclarecimentos que me foram prestados pela investigadora. Assim, declaro que aceito participar neste estudo, confiando nas garantias de anonimato e confidencialidade que me são dadas pela investigadora.

Investigadora: Ana Cristina Moreira da Costa

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Participante: _____

Anexo 6. Questionário de Caracterização Sociodemográfica

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Serviço Social, do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, o presente questionário destina-se a recolher dados sociodemográficos das famílias de crianças em acompanhamento pelas Equipas Locais de Intervenção Precoce da Região Norte.

As informações aqui recolhidas são de carácter confidencial, anónimo e voluntário pelo que solicitamos a sua colaboração, respondendo a todas as questões de forma sincera. Os dados recolhidos servirão apenas fins de investigação e poderá desistir a qualquer momento da sua participação.

Por favor, responda às questões abaixo efetuadas:

1. Tipo de Família:

- ☐ Família nuclear (composta pelo casal e pelos seus descendentes)
- ☐ Família alargada (composta pelo casal, pelos seus descendentes e por outros familiares)
- ☐ Família monoparental (constituída por um dos progenitores e pelos descendentes)
- ☐ Família anaparental (constituída sem a presença dos progenitores)
- ☐ Família recombinação (formada por um casal em que, pelo menos um dos elementos, tem um descendente de uma relação anterior)
- ☐ Família homoafetiva (constituída por um casal do mesmo género)
- ☐ Outro (por favor, especifique) _____

2. Número de elementos do agregado familiar: _____

3. Número de crianças (<18 anos) no agregado familiar: _____

4. Principal cuidador da criança:

- ☐ Mãe
- ☐ Pai
- ☐ Avó

☐ Avô

☐ Outro (especifique) _____

5. indique a idade do cuidador principal: _____

6. Indique o nível de escolaridade do cuidador principal:

☐ Sem escolaridade

☐ 1º Ciclo

☐ 2º Ciclo

☐ 3º Ciclo

☐ Ensino Secundário

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

☐ Outro (especifique) _____

7. Indique a profissão do cuidador principal: _____

8. Indique a sua zona de residência:

Freguesia: _____

Concelho: _____

9. Indique o género da criança apoiada pela Equipa Local de Intervenção

Precoce:

☐ Feminino

☐ Masculino

10. A criança tem ____ anos e ____ meses de idade.

11. Quando começou a beneficiar do apoio da ELI, a criança tinha ____ anos.

12. A criança apoiada pela ELI tem ____ irmãos.

13. Identifique e/ou descreva a perturbação/atraso de desenvolvimento da criança.

Obrigada pela sua participação!