

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos (IPL)

OTIMISMO, RESILIÊNCIA E SOBRECARGA FAMILIAR NOS PAIS
DE CRIANÇAS APOIADAS PELA EQUIPA LOCAL DE INTERVENÇÃO
PRECOCE DE LEIRIA

JOANA MARGARIDA MATEUS PINTO

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2013



Otimismo, resiliência e sobrecarga familiar nos pais de crianças apoiadas
pela Equipa Local de Intervenção Precoce de Leiria

JOANA MARGARIDA MATEUS PINTO

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica

Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Mariana Marques

Coimbra, junho de 2013

AGRADECIMENTOS

No decorrer desta investigação, várias foram as pessoas que contribuíram para que esta etapa fosse cumprida, sem elas não teria sido possível.

Antes de mais e no âmbito do contexto profissional o meu sincero agradecimento vai para todas as **Famílias e Crianças** apoiadas, pois o desafio que me colocam diariamente é que vale a pena investir e participar nas suas vidas.

À **Direção da CERCILEI** por me acolher enquanto funcionária e pela total disponibilidade que sempre manifestou para a concretização desta investigação.

À **Professora Doutora Mariana Marques** pela atitude incansável de colaboração e incentivo, bem como toda a motivação, confiança, cooperação, rigor e aconselhamento que tentou sempre transmitir.

Aos meus **amigos** pela compreensão das minhas sucessivas ausências, mesmo que muitas vezes tenha sido à distância, agradeço os mimos, as horas passadas ao telefone, e as palavras certas de incentivo e saudade.

Os meus especiais agradecimentos vão para a minha **Família** e para o **João** a quem dedico esta dissertação.

Aos meus queridos **Pais** e à minha **Irmã** agradeço por todo apoio, carinho e amor incondicional que sempre demonstraram para que conseguisse levar este desafio até ao fim. Sem vocês não seria possível... Obrigada!

E ao **João** agradeço por tudo, em mais uma etapa das nossas vidas agradeço pela amizade sincera, pelo amor, pela tolerância e presença nos momentos mais difíceis desta investigação, pela compreensão das minhas ausências em diversos momentos e pelo facto de me tentar ver sempre feliz. Sem ti também não seria possível... Obrigada!

RESUMO

Introdução: O impacto (sobrecarga) sentido pela família, associado à presença de deficiência numa criança, pode implicar momentos muito intensos, contribuindo para que as famílias se deparem com inúmeros obstáculos e desafios, sendo frequente a emergência de um conjunto de exigências que implicam a reorganização familiar a múltiplos níveis. Contudo existem evidências de que algumas famílias “resistem” e conseguem uma adaptação positiva a esta nova condição. O objetivo central deste estudo foi analisar de que forma os níveis de *resiliência* e de *otimismo* dos progenitores de crianças com deficiência influenciam o impacto familiar (sobrecarga objetiva) e os níveis de *ansiedade*, *stress* e *depressão* (sobrecarga subjetiva) vivenciados pelos mesmos. Não esquecemos possíveis associações entre algumas variáveis sociodemográficas e a sobrecarga (objetiva e subjetiva) associada ao facto de se ter um filho com deficiência. Com base nas associações encontradas, foi nosso objetivo final explorar quais mostravam ser os preditores dos dois tipos de sobrecarga, nesta amostra.

Metodologia: A amostra é composta por 80 pais de crianças (dos zero aos seis anos) que reúnem os critérios de elegibilidade para apoio da Equipa Local de Intervenção Precoce na Infância do Distrito de Leiria (idade média = 36,0; *DP* = 5,87). Estes pais preencheram um protocolo constituído por um questionário sociodemográfico, pelo Teste de Orientação para a Vida (LOT-R), pela Escala de Avaliação Global da *Resiliência* (EAGR), pela Escala de Impacto familiar (EIF) e pela Escala de *Depressão Ansiedade e Stress* (DASS-21).

Resultados: Verificou-se que as mães apresentavam níveis mais baixos de *resiliência* e *otimismo* e níveis mais elevados de sobrecarga subjetiva por comparação com os pais. Não se verificou associação entre a *sobrecarga objetiva (impacto familiar)* a *resiliência* e *otimismo*, assim como com as variáveis da *sobrecarga subjetiva (depressão, ansiedade e stress)*. No caso das mães, níveis mais altos de *resiliência* e *otimismo* associavam-se a níveis mais baixos de *depressão, ansiedade e stress*. Os progenitores que referem que o seu filho não é acompanhado em nenhum *enquadramento socioeducativo* que recebem *apoio emocional/instrumental* apresentam maior *impacto familiar*. No caso dos homens, as variáveis sociodemográficas que apresentaram associação com as dimensões da *sobrecarga subjetiva (depressão, ansiedade e stress)* foram o *número de filhos*, a *idade do filho* e a *idade do próprio progenitor*. Nas mulheres, as variáveis que apresentaram associações significativas foram a *situação face ao trabalho, enquadramento socioeducativo e ajuda a cuidar do filho*. Nas análises preditivas foi possível constatar que o *número de filhos* era preditor da *depressão* e que a *idade* predizia a *ansiedade* (nos homens). A *ajuda a cuidar do filho* e o *otimismo* foram preditoras do *stress* nas mulheres (de risco e protetor, respetivamente).

Conclusão/Discussão: As mães experienciam mais psicopatologia que os pais, bem como níveis mais baixos nos construtos positivos, em congruência com a literatura. Verificou-se que a *resiliência* e o *otimismo* dos progenitores de crianças com deficiência não influenciam a *sobrecarga objetiva* (em ambos os sexos), contrariamente ao que era esperado, eventualmente pela questão da desejabilidade social. No caso das mães, o *otimismo* mostrou ser “protetor” face ao *stress*. É essencial, no âmbito da intervenção precoce priorizar as necessidades e as preocupações da família desenvolvendo as suas competências de forma a promover a sua autonomia e bem-estar, bem como valorizar constantemente os *fatores protetores (resiliência e optimismo)* enquanto elementos essenciais para enfrentar a adversidade reconhecendo as singularidades, crenças, valores e prioridades de cada família.

Palavras-chave: deficiência, sobrecarga familiar, otimismo e resiliência.

ABSTRACT

Introduction: The impact (overburden) felt by the family, associated to the presence of a disability in a child, can implicate very intense moments, contributing to the fact that the families have to face numerous obstacles and challenges and often the emergence of a set of demands that requires the family reorganization at multiple levels. However, there is evidence that some families “resist” and succeed in having a positive adaptation to this new condition. The main objective of this study was to analyze how the *resilience and optimism* levels of the children’s parents influence the impact in the family (objective overburden) and the *anxiety, stress and depression* levels (subjective overburden) experienced by them. We do not forget possible associations among some socio-demographic and the (objective and subjective) overburden associated to the fact of having a disabled child. Based on the associations found, it was our final objective to explore those that showed being the predictors of these two types of overburden, in this sample.

Methodology: The sample comprises 80 parents of (0 to 6 year-old) children that gather the eligibility criteria to get support from the Local Early Intervention Team for Children of the Leiria District (average age = 36.0; DP = 5.87). These parents filled in a protocol constituted by a socio-demographic questionnaire, by Life Orientation Test (LOT-R), by the Global Assessment Scale of *Resilience* (EAGR), by the Family Impact Scale (EIF) and by the *Depression, Anxiety and Stress* Scale (DASS-21).

Results: It was verified that mothers showed lower levels of *resilience and optimism* and higher levels of subjective overburden when compared to the fathers. We did not observe any association between the *objective overburden (family impact) resilience and optimism*, as well as with the *subjective overburden (depression, anxiety and stress)*. In the mothers’ case, higher levels of *resilience and optimism* were associated to lower levels of *depression, anxiety and stress*. The parents that referred that their child was not followed-up by any *social-educational Framework* and who received *emotional /instrumental support* displayed higher *family impact*. In the men’s case the social-demographical that displayed an association with the *subjective overburden (depression, anxiety and stress)* dimensions were the *number of children, the child’s age and the age of the parent*. In women the variables that displayed significant associations were the *situation in relation to their Job, the social-education Framework and help in taking care of the child*. In the predictive analysis it was possible to verify that the *number of children* was the predictor of *depression* and that the *age* predicted the *anxiety* (in men). The *help to take care of the child and the optimism* showed that they were the predictors for *stress* in women (of risk, protective) respectively.

Conclusion / Discussion: Mothers have a tendency to experience more psychopathology than fathers, as well as lower levels in the positive constructs, which is usually found in literature. It was verified that the *resilience and optimism* of parents with disabled children do not influence the objective overburden (in both genders), contrary to the expected, eventually due to the social desirability issue, having seen that in the mothers’ case the *optimism* was the predictor (protective factor) of stress (subjective overburden). It is essential, within the early intervention scope to prioritize the family’s needs and concerns, by developing their competences in order to promote their autonomy and well-being as well as the constant valorisation of the *protective factors (resilience and optimism)* as the determinant way to face adversity recognizing the singularities, beliefs, values and priorities of each family.

Key-words: Disability, Family Overburden, Optimism and Resilience.

INTRODUÇÃO

Deficiência

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de “deficiência” é definido como *“Qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica”* (OMS, 1980). Este conceito como o de “incapacidade” tem apresentado um percurso orientado segundo dois modelos, o modelo médico e o modelo social. Apesar de o modelo médico ser maioritariamente dominante, no qual se percecionam os problemas de acordo com causas meramente individuais, atualmente reconhece-se que a “incapacidade” não é unicamente inerente ao indivíduo, sendo que pode ser fortemente “originário” do conjunto de elementos que o envolvem. Desta forma, a OMS introduz uma mudança com base no modelo biopsicossocial, uma nova visão que valoriza as questões biológicas, individuais e sociais, ou seja, de uma forma geral são consideradas “deficiências” condições anómalas/sindromáticas (e.g., Trissomia – 21; Trissomia – 18; Síndrome X – Frágil), mas também são contempladas condições com menor impacto e consequências (e.g., uropatias congénitas). A OMS apresenta duas Classificações de referência, designadas de “Família de Classificações da OMS” para definir estados de saúde, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Neste âmbito, a CID-10 engloba todos os fatores etiológicos propriamente ditos (distúrbios, doenças, lesões, etc.), enquanto que a CIF se reporta às questões inerentes à funcionalidade e incapacidade da pessoa. A CIF e a CID-10 assumem, desta forma, um papel complementar.

De acordo com a CIF, o termo “funcionalidade” é um conceito genérico que remete para todas as funções do corpo, bem como para a execução de tarefas ou ações. A sua classificação é realizada com base em três níveis, nomeadamente a “funcionalidade” ao nível das *Funções ou Estruturas do Corpo*, sendo que estas remetem para as funções fisiológicas e psicológicas dos sistemas orgânicos (*funções do corpo*) como também para as partes anatómicas (*estruturas do corpo*). O segundo nível diz respeito ao desempenho de tarefas ou ações (*atividades*) correspondendo à pessoa no seu todo e o terceiro nível introduz a importância da pessoa integrada num contexto social (*participação*).

A “incapacidade”, segundo a CIF, trata-se de um conceito deveras importante e abrangente, pois pretende incluir várias “disfuncionalidades”, tais como as deficiências, limitações na atividade e restrições à participação, deixando implícita a importância de enquadrar as dificuldades da interação do indivíduo com os problemas de saúde e o meio social. O termo “deficiência”, segundo esta classificação é definido como *“Qualquer problema na função ou estrutura corporal, tais como um desvio ou perda significativo”*, mas

não deixa de focar a relevância subjacente ao termo “incapacidade” nomeadamente, no que diz respeito à questão da interação com os fatores contextuais (fatores ambientais ou pessoais), sendo que a importância do contexto nesta classificação advém da possibilidade de enquadrar o meio ambiente como facilitador e/ou barreira da funcionalidade/incapacidade.

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) foi criado em 2009 (ao abrigo do Decreto-Lei nº 281/2009) com objetivo de promover a Intervenção Precoce na Infância (IPI), assim como a uniformização a nível nacional das práticas e metodologias utilizadas. Em consonância com as políticas de promoção da inclusão social, a IPI surge como premissa básica, assegurando a atuação dos técnicos o mais precocemente possível, com vista à contribuição ativa para o crescimento e desenvolvimento das crianças, aumentando as suas capacidades em participarem mais autonomamente na vida social. De acordo com o Decreto-Lei nº 281/2009, a IPI é definida como um *“conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social”*.

Numa perspetiva de prevenção/reabilitação, o SNIPI prevê intervir e minimizar os riscos de atraso de desenvolvimento junto das crianças/famílias elegíveis para apoio, assim como conferir proteção dos direitos e percursos de desenvolvimentais das crianças. Os principais objetivos do SNIPI são garantir (através da ação da IPI a nível nacional) a proteção dos direitos das crianças e desenvolvimento das suas capacidades; detetar precocemente todas as crianças elegíveis para apoio; intervir em função dessas mesmas necessidades, prevenindo e reduzindo as situações de risco de desenvolvimento; conferir o apoio no que respeita ao acesso a outros sistemas de apoio/serviços e envolver a comunidade criando mecanismos articulados de suporte social (Decreto-lei nº 281/2009) (Anexo I – Decreto Lei).

Este serviço destina-se a crianças dos 0 até aos 6 anos de idade, sendo elegíveis para apoio as crianças que apresentam dificuldade nas *funções/estruturas do corpo* (Grupo 1) e todas as crianças que se encontram em risco de atraso de desenvolvimento (Grupo 2). As alterações decorrentes nas *funções/estruturas do corpo* referem-se a questões que limitam o *funcionamento e participação nas actividades* atendendo ao que é esperado para a faixa etária e contexto social. As questões relacionadas com o risco de desenvolvimento refletem a existência de condições biológicas e/ou ambientais com forte possibilidade de se converterem em atraso de desenvolvimento. Para que as crianças em risco de atraso de desenvolvimento sejam elegíveis têm de acumular um mínimo de quatro fatores de risco biológico/ambiental.

Assim, particularizando, as dificuldades nas *funções/estruturas do corpo* (Grupo 1) referem-se a crianças que possuem diagnóstico/apresentam uma condição específica (doenças metabólicas, malformações congénitas, anomalias cromossómicas, perturbações neurológicas, doenças crónicas graves, défices sensoriais, perturbações relacionadas com infeções severas congénitas, perturbações da relação/comunicação, perturbações da vinculação e perturbações emocionais). Estas dificuldades ou alterações podem ainda ser relativas a atrasos de desenvolvimento sem causa aparentemente conhecida (podem ser específicas de uma área desenvolvimento ou abranger mais do que uma área). Os riscos inerentes ao atraso de desenvolvimento (Grupo 2) remetem para as situações de crianças que possam estar a ser expostas a fatores de risco biológico: que são alvo de inúmeros riscos que têm repercussões ao nível da atividade e participação (CIF, 2001) como é o caso da prematuridade, baixo peso à nascença, exposição intrauterina a tóxicos, complicações pré-natais severas, entre outras. Consideram-se ainda elegíveis as crianças expostas a fatores de risco ambientais (incluem fatores parentais e contextuais) demonstrando implicações ao nível do desenvolvimento, consequente de fatores que impossibilitam o bem-estar e a qualidade de vida das crianças: mães adolescentes, abuso de álcool pela mãe, maus tratos, doença psiquiátrica da mãe, isolamento, pobreza, desorganização familiar, entre outros.

Sobrecarga em famílias com criança(s) com “deficiência”

A adaptação face ao nascimento de uma criança com “deficiência” pode efetivamente contribuir para a desestruturação familiar, para além de implicar um processo de “luto” até à “aceitação”. Coelho e Coelho (2001) referem que uma criança nestas condições implica uma reorganização familiar a múltiplos níveis, uma vez que os pais têm de avaliar os seus papéis e aprender a conviver e relacionar-se com uma criança que não esperavam. Estes autores enunciam uma série de obstáculos inerentes à nova condição familiar, sendo muito frequente o surgimento de sentimentos negativos gerados pela “perda” da criança idealizada, divergências parentais na perceção e interpretação da deficiência, ausência de suporte informacional sobre a deficiência, ausência de apoio social, inserção em instituição educacional para a criança com deficiência, sobrecarga ao nível da prestação de cuidados, contatos sociais estigmatizantes, ou seja, um conjunto de exigências que implicam a reorganização familiar a múltiplos níveis, nomeadamente a físico, social e económico. De facto, um diagnóstico desta natureza implica mais exigências na prestação de cuidados e um aumento dos níveis de sobrecarga familiar (Brannan, Helflinger, & Bickman, 1997). A sobrecarga pode ser distinguida em duas dimensões: uma relacionada com as questões diretas

associadas à prestação de cuidados como, por exemplo, as exigências financeiras, sociais e familiares (*sobrecarga objetiva*), e outra designada de *sobrecarga subjetiva* relacionada com as alterações do foro emocional, níveis de *stress*, *ansiedade* e *depressão* que são acrescidos quando comparados com os pais de crianças saudáveis (Lawoko & Soares, 2002).

Smith e colaboradores (2008) analisaram como é que a sintomatologia inerente ao autismo e as estratégias de *coping* estavam associadas ao funcionamento psicológico das mães de crianças e adolescentes com esta patologia. Avaliaram três aspetos principais do bem-estar psicológico das mães, tendo-se focado nos índices de *depressão*, raiva e crescimento pessoal. Verificaram que um terço das mães apresentava indicadores que ultrapassavam o risco clínico de *depressão*. Constataram ainda que as mães dos adolescentes com esta patologia apresentavam resultados mais elevados para a raiva vs. as mães de crianças. Tal pode dever-se ao facto de as mães de adolescentes já terem despendido mais tempo com esta condição clínica e com as suas implicações. O *coping* (ativo) mostrou ser um preditor do crescimento pessoal, mas não foi preditor (protector) da raiva e *depressão*.

Existem evidências de que a sobrecarga associada ao facto de ter uma criança com deficiência apresenta diferenças quanto ao sexo do progenitor. Beckman (1991) comparou pais e mães de crianças com e sem deficiência, constatando que existiam diferenças, nomeadamente no *stress*: as mães apresentavam mais *stress* do que os pais. Porém, em ambos os progenitores crianças com deficiência exigiam mais quanto à prestação de cuidados vs. crianças saudáveis. O *stress* apresentou-se negativamente associado ao apoio informal em ambos os progenitores e nas mães o *stress* associou-se positivamente à prestação de cuidados. Hunfeld, Tempels, Passchier, Hazebrock, & Tibboel (1999) avaliaram a carga parental e a dor/tristeza em pais de uma criança com anomalia congénita um ano após o seu nascimento através da aplicação de uma escala de *impacto familiar* (Stein & Riessman, 1980), uma escala de luto perinatal (Potvin, Lasker, & Toedter, 1989) e uma escala de avaliação da perceção da mãe em relação ao estado de saúde do seu filho (Stein & Jones Jessop, 1990). Tanto os pais como as mães experienciam o mesmo impacto a nível financeiro e partilham da mesma forma as dificuldades ao nível das interações sociais (*sobrecarga objetiva*). Porém, a sobrecarga/impacto e a dor/tristeza (*sobrecarga subjetiva*) encontravam-se positivamente correlacionadas só no caso das mães, o que pode relacionar-se com o facto de as mães despendem mais tempo com as crianças e de serem mais confrontadas com as suas condições clínicas. Os pais assumem um papel mais ausente porque passam mais tempo a trabalhar perspetivando a sustentabilidade financeira da família. Assim, as mães tendem a apresentar níveis mais elevados de sobrecarga (*objetiva/subjetiva*), visto assumirem a maior

parte da prestação de cuidados à criança (Moes, Koegel, Schreibman, & Loos, 1992). Apesar do impacto nos progenitores, alguns estudos revelam a sua diminuição depois da adaptação dos mesmos à situação, ficando inerente que estes podem aprender e acomodar-se à deficiência/doença dos filhos (Eiser, 1985; Grose, & Goodrich, 1985 cit.in Santos 1998).

Ainda a propósito da perturbação psicológica dos pais, uma das fontes de *stress* com implicações na dinâmica familiar é o *stress* que resulta de problemas associados ao nascimento de uma criança com deficiência (Minuchin, 1979). A deficiência é inesperada, pelo que os pais têm de reorganizar-se, com o objetivo de responder adequada e funcionalmente ao *stress*.

Lazarus e Folkman (1984) caracterizaram o *stress* como resultando de um processo transacional entre a pessoa e o ambiente. Nesta interação estão implícitos dois factores: a *avaliação cognitiva* que irá determinar a reação perante a situação e a *confrontação* (conjunto de estratégias utilizadas para lidar com o problema). Seguindo esta perspetiva, as famílias de crianças com deficiência reagem de formas diferentes: dadas famílias podem “desorganizar-se” e outras podem “resistir e sobreviver”, ficando implícita a importância da avaliação da situação e a relação da pessoa com a mesma (Hill, 1958). Lazarus e Folkman (1984) referem que a avaliação de determinados acontecimentos *stressantes* pode ocorrer de duas formas: com uma avaliação primária e secundária. A primeira corresponde a um tipo de avaliação da situação em causa e dos desafios que lhe estão subjacentes. A avaliação secundária pressupõe a avaliação das estratégias adaptativas (qual a melhor forma de enfrentar a situação geradora de *stress*). Esta confrontação com acontecimentos *stressantes* ocorre em consonância com os recursos de que os sujeitos dispõem (estado de saúde, técnicas para a resolução de problemas, recursos sociais e materiais, crenças positivas) promovendo uma diminuição da perturbação psicológica quando dirigida às emoções (*coping* dirigido às emoções) e possibilitando a alteração de determinadas condições *stressantes* (*coping* dirigido ao problema).

No modelo *ABCX duplo de stress familiar* (McCubbin e Patterson, 1983), inicialmente modelo *ABCX*, criado por Hill (1949) é referida a capacidade da família se adaptar a uma crise e de se reestruturar. McCubbin e Patterson (1983) decidiram completá-lo modelo perspetivando a inclusão dos esforços familiares ao longo do tempo e as suas consequentes reorganizações. Assim, destacam quatro fatores como essenciais: (A) acumulação de fatores *stressantes*: impacto da deficiência da criança e todas as questões que lhe estão associadas (sobrecarga da prestação de cuidados e financeira, hospitalizações, ausência de suporte informacional, entre outros); (B) recursos e esforços reunidos pela família para ativar/adquirir novos recursos (crenças positivas/*resiliência/otimismo*), novas

interações sociais e novas técnicas de resolução de problemas, etc. (C) cognições da família e as modificações perante a situação (redefinição da situação perante os recursos disponíveis, nomeadamente com utilização de estratégias de *coping*) e (X) adaptação familiar (esforços utilizados para reestabelecer o equilíbrio depois do período de crise, podendo surgir o ajustamento e adaptação ou um resultado de desequilíbrio e *stress*). O modelo enfatiza questões psicológicas, sociais e familiares e contempla as exigências e esforços reunidos pela família provenientes da situação geradora de *stress*, sugerindo que o efeito destes acontecimentos poderá ser multiplicador: quanto maior for o número de exigências, mais esforços terão de ser utilizados e mais elevado se tornará o *stress*, potenciando o desequilíbrio entre as exigências colocadas e a capacidade de resposta do sujeito.

Assim, as atitudes da família perante os eventos geradores de elevado *stress* podem determinar o prognóstico da situação (Gupta & Singhal, 2004). Mullins (1987) num estudo de revisão de análise de conteúdo de 60 livros escritos por pais de crianças com deficiência, constatou que o *stress* emocional e as novas exigências eram significativos. Porém, muitos pais enunciavam o facto das suas vidas terem um novo significado traduzido pela experiência de ter um filho nestas condições. A atitude e as emoções positivas numa situação de *stress* elevado podem funcionar como *buffer*/amortecedor, potenciando o desenvolvimento dos esforços necessários, podendo mesmo ser consideradas como fatores que atenuam o impacto da deficiência da criança na família. Assim, certos constructos psicológicos positivos podem potenciar os recursos físicos e psicológicos e atuar como bloqueadores do *stress* (Gupta & Singhal, 2004). Desta forma, importa clarificar o papel que a *resiliência* e o *otimismo* podem desempenhar nestas famílias, uma vez que se inscrevem em crenças positivas e podem possibilitar a diminuição da *sobrecarga objetiva* e *subjetiva* inerente à deficiência na criança.

Resiliência

Segundo Jardim e Pereira (2006), a *resiliência* é a “*capacidade de operacionalizar conhecimentos, atitudes, habilidades no sentido de prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos de crises e adversidades*”, remetendo para a noção de adaptação. Este processo é concretizado através da validação dos recursos internos e externos do sujeito, em prol de se ser capaz de enfrentar uma determinada situação não normativa, como uma crise ou uma tragédia. Rutter (1999) define *resiliência*, de acordo com a perspetiva da adaptabilidade, como um fenómeno de superação de *stress* a adversidades. Os indivíduos podem demonstrar domínio de si depois do acontecimento traumático e evidenciar um desenvolvimento normal apesar dos fatores de risco. É um facto que perante a adversidade da chegada de um filho com

deficiência, a família terá de reorganizar-se e adaptar-se, com a *resiliência* a poder assumir um papel determinante (protector) para se superar positivamente esta problemática.

Os fatores de proteção inerentes ao processo de *resiliência*, segundo Garmezy (1991), facilitam o crescimento de autoestima e autoeficácia. Estes factores, além de atenuarem o impacto subjacente às inúmeras situações adversas, estão relacionados com características do foro individual, familiar e extrafamiliar. Quanto aos fatores de proteção individuais são referentes à personalidade (e.g. *otimismo*), sexo, idade, quociente de inteligência, competências sociais, etc. Já os fatores de protecção familiar e extrafamiliar dizem respeito a questões como coesão, equilíbrio, relacionamentos positivos (quer ao nível da família quer ao nível externo à família), redes de apoio, entre muitas outras (Garmezy e Masten, 1991).

Apesar de a *resiliência* apresentar uma componente individual e pessoal, estudos recentes (Patterson, 2002; Walsh, 2002) têm demonstrado que também pode verificar-se ao nível familiar. A *resiliência* familiar de acordo com McCubbin & McCubbin (1996) refere-se ao conjunto de características familiares que conferem um papel adaptativo perante situações de mudança/crise, com estas mudanças e esforços reunidos a poderem representar uma oportunidade de crescimento e não um obstáculo. O modelo de *resiliência*, *stress*, ajustamento e adaptação familiar de McCubbin e McCubbin (1993) enfatiza o facto de, na sequência de eventos *stressantes*, a família tentar responder de forma funcional, com o tipo de família, seus recursos, elementos *stressantes*, suporte social, vulnerabilidade, apreciação cognitiva, padrões de funcionamento e estratégias de *coping* a serem fatores determinantes. Outros autores (Black & Lobo, 2008) descrevem a *resiliência* como *coping* (bem sucedido) e especificam que as famílias resilientes apresentam confiança e *otimismo*, espiritualidade, coesão familiar, comunicação clara, gestão de tempo e gestão económica, redes de apoio, entre outras. Assim, se a *resiliência* pode advir de características individuais, também pode resultar de processos adaptativos e percursos de vida. Boss (2002) refere que a *resiliência* pode ser uma oportunidade de crescimento através da experiência, ficando implícito que pode não implicar resistência à crise, resultando, antes da utilização de estratégias de *coping* e da experiência que se retira. Os fatores protectores podem ser determinantes para a *resiliência*, nomeadamente os cognitivos: a atribuição positiva a dado evento/uma atitude otimista perante a adversidade pode traduzir o seu efeito positivo e contribuir para a *resiliência*.

Otimismo

O *otimismo* pode ser definido como “uma disposição ou atitude associada a uma expectativa sobre o futuro material ou social que o avaliador olha como socialmente

desejável para seu proveito ou prazer” (Tiger, 1979, p. 18). Este conceito remete para características positivas (confiança, alegria, felicidade, bem-estar, sentido de humor, realismo, *coping*, etc.) que existem no sujeito em relação a algo desejado, pode traduzir-se nomeadamente em características cognitivas como crenças e expectativas que, de acordo com o que se pretende atingir, são sentidas pelo sujeito com sucesso e promovem o bem-estar psicológico (Scheier e Carver, 1990). Os sujeitos otimistas têm uma visão mais favorável dos acontecimentos, sendo que é amplamente considerado por inúmeros autores que o *otimismo* é um fator benéfico para a saúde, pois pode refletir-se ao nível cognitivo, emocional, no relacionamento social e pode associar-se a comportamentos saudáveis (Peterson, 2000).

De acordo com o modelo cognitivo, os pensamentos negativos (pessimismo) podem caracterizar a vulnerabilidade psicológica (associando-se ao aumento de emoções negativas) que, consequentemente, despoleta níveis mais elevados de *ansiedade*, *depressão*, pânico e raiva, propiciando o desenvolvimento de um maior número de perturbações psicológicas (Clarke & Beck, 1999). Assim, a interpretação de um acontecimento e as reações emocionais e fisiológicas consequentes dessa interpretação resultam em experiências positivas/negativas e em sucesso ou fracasso, respetivamente (Segerstrom, 2001). Face ao exposto, é considerado que os otimistas avaliam acontecimentos negativos de uma forma mais ponderada e positiva, procurando encontrar um significado ou “crescimento” perante situações adversas e *stressantes*. É possível constatar que o *otimismo* se relaciona positivamente com as estratégias de *coping*, existindo evidências que constitui uma resposta contra uma situação de *stress* e um preditor da adaptabilidade (Segerstrom *et al.*, 1998). Perante um acontecimento *stressante* é provável que os sujeitos mais otimistas (ao lidar com o problema) obtenham resultados mais satisfatórios quando comparados com sujeitos menos otimistas (pessimistas), recorrendo a estratégias de *coping* ativas, sendo que os sujeitos pessimistas, ao lidar com o problema, evidenciam maiores níveis de angústia e piores estados de saúde.

O *otimismo* é descrito pelos autores Scheier e Carver (1985) de duas formas: *pessoal/dispositional* - expectativa generalizada de um resultado positivo referente à pessoa, ao seu comportamento ou saúde e *social/situacional* – refere-se ao facto de as expectativas positivas serem “externas” ao sujeito, ou seja, relacionadas com o ambiente social.

Perante a adversidade e o impacto subjacente ao facto de se ser pai de uma criança com deficiência o *otimismo* pode contribuir positivamente no processo adaptativo e funcionar como fator protetor quanto à psicopatologia. Porém, segundo é do nosso conhecimento, não existem estudos que analisem a associação entre *otimismo* e sobrecarga familiar.

Objetivos

Atendendo ao que foi apresentado é nosso principal objetivo analisar, numa amostra de famílias acompanhadas pela Equipa Local de Intervenção Precoce de Leiria, o eventual padrão de associações significativas entre os níveis de *resiliência* e de *otimismo* (enquanto eventuais correlatos individuais protetores) e o *impacto familiar* (*sobrecarga objetiva*) vivenciado pelos progenitores de crianças acompanhadas por esta equipa, bem como entre os níveis de *resiliência* e *otimismo* e os níveis de *ansiedade*, *stress* e *depressão* dos mesmos (*sobrecarga subjetiva*). Pretendemos, também, verificar se existem associações significativas entre algumas variáveis sociodemográficas e a sobrecarga existente associada ao facto de se ter um filho com deficiência. Em virtude das associações encontradas pretendemos realizar, posteriormente, análises preditivas e eventuais análises de mediação.

METODOLOGIA

Procedimentos

Sendo nosso objetivo avaliar o impacto de ter uma criança com condição específica ou sem essa condição, mas que preenche os critérios de elegibilidade (dificuldade nas funções/estruturas do corpo e crianças que se encontram em risco de atraso de desenvolvimento) no âmbito do SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância), foi feito o pedido formal de autorização à Direção da Equipa Local de Intervenção Precoce de Leiria (ELI – Leiria) da Cooperativa de Ensino e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Leiria (CERCILEI), num documento que clarificava os procedimentos e explicava a natureza da investigação, assim como solicitava a autorização para recolha de dados e aplicabilidade de um protocolo de questionários às famílias atualmente apoiadas pela Equipa Local de Intervenção Precoce de Leiria (ELI – Leiria) (Apêndice A).

Ainda de acordo com os procedimentos formais e éticos procedeu-se à solicitação junto dos autores dos questionários previamente selecionados para elaboração do protocolo. O protocolo deste estudo é constituído por quatro questionários (***LOT – R -Teste de Orientação para a Vida, EAGR- Escala de Avaliação Global da Resiliência, EIF - Escala de Impacto familiar e DASS – 21 - Escala de Depressão Ansiedade e Stress***, de resposta rápida e um breve ***questionário sociodemográfico***).

Posteriormente, foram esclarecidos os objetivos junto das famílias intervenientes, solicitada a sua participação voluntária, sendo obtido o seu consentimento informado e, garantido que os dados recolhidos seriam anónimos e confidenciais e que serviriam somente

para investigação científica. A obtenção dos consentimentos e a recolha de dados ocorreram entre os meses de novembro de 2012 e fevereiro 2013 (Apêndice B).

Instrumentos

Questionário sociodemográfico (Apêndice C)

Este questionário é constituído por três secções: **I. Variáveis Sociodemográficas e de saúde:** Sexo, Idade, Escolaridade, Profissão, Situação de trabalho, Estado civil. *Tem alguma doença crónica? Se sim qual? O/a seu/sua companheiro/a tem alguma doença crónica? Se sim qual?.* **II. Caracterização Familiar:** Idade da criança; Duração do apoio; Inserção em enquadramento socioeducativo; Creche; Jardim de Infância; Ama; Outra; Para além do seu filho acompanhado pela ELI – Leiria do SNIPI tem mais filhos? Se sim, quantos? Se sim, mais algum dos seus filhos é acompanhado pela ELI – Leiria do SNIPI? Por quantas pessoas é constituído o seu agregado familiar?; Quais são as pessoas que o compõem?; Alguma das pessoas do agregado familiar o/a ajuda a cuidar do seu filho acompanhado pela ELI-Leiria do SNIPI?Quais?**III. Apoios Recebidos:** Recebe apoio emocional ou instrumental/prático por parte de amigos/outros familiares/outros serviços ou pessoas que não da ELI-Leiria do SNIPI? Quem?.

Questionário para avaliar o Otimismo Disposicional (“LOT-R - Scheier, Carver, & Bridges, 1994, versão portuguesa adaptada por Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006”).

O “Life Orientation Test – Revised” (LOT – R) foi desenvolvido por Scheier, Carver & Bridges (1994) e pretende avaliar o conceito de *otimismo* disposicional. De acordo com diversos autores (Chang, D’ Zurilla, & Maydeu-Olivares, 1994; Chang & McBride-Chang, 1996; Cheng & Hamid, 1997; Marshall & Lang, 1990), a versão original da LOT (Scheier & Carver, 1995) que suportava a visão unidimensional, apresentava vários problemas, nomeadamente relacionadas com o facto de se constatar que os itens que compunham a escala (formulados positiva e negativamente) poderiam originar dois fatores (*otimismo*/pessimismo). Assim, Scheier e colaboradores (1994) procederam a uma revisão da LOT, a LOT - R, constituída por 10 afirmações, das quais quatro delas corresponderiam a itens distratores. A LOT – R demonstrou qualidades psicométricas adequadas, com uma consistência interna de $\alpha = 0.78$, com um único fator responsável por 48.10% da variância total e coeficientes reveladores de estabilidade temporal ($r = 0.56$ e $r = 0.79$). A estrutura unidimensional da escala foi replicada em cinco estudos (Bandeira, Bekou, Lott, Teixeira, &

Rocha, 2002; Lai, Cheung, Lee, & Yu, 1998; Mehrabian & Ljunggren, 1997). Também Chang e McBride-Chang (1996) referiram que mesmo perante a alteração e uniformização dos itens, a escala ainda comportava a sua estrutura unidimensional.

Em 2003, Vautier e colaboradores explicaram esta questão estrutural da LOT – R através da presença de duas variáveis (*otimismo* disposicional e estilos de resposta) que estavam relacionadas com fatores como as diferenças individuais e a desejabilidade social, ao passo que ao *otimismo* estariam associados todos os itens da escala, e ao estilo de resposta somente os itens positivos. Com o objetivo de contribuir para a clarificação da dimensionalidade da LOT – R, Monteiro, Tavares & Pereira (2006) decidiram validá-la para a população portuguesa através da análise fatorial exploratória e confirmatória numa amostra de 487 estudantes universitários. Monteiro, Tavares & Pereira (2006) ao analisarem as características psicométricas da LOT- R confirmaram a sua estrutura unidimensional. Da análise da consistência dos itens foi possível constatar que as correlações item – totais corrigidos variaram entre 0.23 e 0.50 (dos itens um e nove respetivamente) confirmando o facto de cada item estar a medir o mesmo constructo. Sugerem a remoção dos itens um e três, por esta remoção contribuir significativamente para o aumento do valor do alfa de Cronbach.

É esta versão da LOT – R (Monteiro, Tavares & Pereira, 2006) que utilizamos no presente estudo. É composta por 10 itens numa escala de auto-resposta do tipo Likert: zero (“*Discordo muito*”), um (“*Discordo Pouco*”), dois (“*Nem concordo nem discordo*”), três (“*Concordo pouco*”) e quatro (“*Concordo muito*”). Os itens encontram-se distribuídos de três formas: *itens formulados positivamente* (1, 4, 10); *itens formulados negativamente* (3, 7, 9); *itens formulados de forma neutra* (2, 5, 6, 8). Na análise de dados os itens neutros não são incluídos. Os itens de cariz negativo são invertidos para que quanto maiores as pontuações, maiores sejam os níveis de *optimismo* disposicional. Neste estudo o alfa de Cronbach obtido apresentou um valor baixo de .621 (fraco segundo Pestana e Gageiro, 2008), sendo que o valor baixo pode estar relacionado com número reduzido de itens da escala (Anexo II).

Questionário para avaliar as competências na área da Resiliência (EAGR - Jardim, & Pereira, 2006).

A escala de avaliação global da *resiliência* (EAGR) de Jardim & Pereira (2006), foi outra das escalas selecionada para o protocolo de avaliação desta investigação, com o objetivo de avaliar as competências na área da *resiliência*. Segundo os autores, a *resiliência* remete para uma competência que implica a operacionalização de inúmeros fatores que possibilitam minimizar e superar as crises e adversidades. Neste sentido, os autores

desenvolveram EAGR com intuito de avaliar esta competência. É uma escala de fácil aplicação composta por oito itens numa escala de auto – resposta do tipo Likert que varia entre zero (“*Nunca*”), um (“*Raramente*”), dois (“*Algumas vezes*”), três (“*Frequentemente*”), quatro (“*Quase sempre*”). Relativamente aos procedimentos de cotação, consistem no somatório dos valores respondidos em cada questionário, sendo que os valores obtidos entre 9 e 21 correspondem a uma capacidade de *resiliência* baixa, os valores compreendidos entre 22 e 34 correspondem a uma capacidade de *resiliência* média e os valores mais elevados entre 35 e 45 correspondem a uma capacidade de *resiliência* elevada. No nosso estudo a consistência interna da EAGR foi razoável ($\alpha = .761$) (Pestana e Gageiro, 2008) (Anexo III).

Questionário para avaliar o impacto familiar de viver com uma criança com doença, deficiência ou alterações ao nível do desenvolvimento (“*EIF – Stein & Riessman, 1980, versão portuguesa adaptada por Fonseca, Nazaré & Canavarro, 2008*”).

A escala de *impacto familiar* (EIF) foi desenvolvida por Stein & Riessman (1980) com o objetivo de avaliar o impacto de ter um filho com doença crónica e as suas repercussões ao nível da dinâmica familiar. Inicialmente era composta por 33 itens mas estes foram reduzidos a 24 itens (Stein & Jessop, 2003). Esta versão apresenta quatro dimensões do impacto de ter um filho com doença crónica: 1 - *Sobrecarga financeira (consequências económicas)*; 2 - *Impacto social e familiar (qualidade e quantidade de interações sociais)*; 3 – *Tensão pessoal (sobrecarga experienciada pelo cuidador principal)*; 4 – *Mestria (Coping utilizado pela família)*. Nesta versão da EIF, as pontuações superiores na sobrecarga, impacto social/familiar e tensão pessoal eram representativas de maior perceção de sobrecarga/impacto. As pontuações altas na *Mestria* demonstravam a utilização de estratégias de *coping* mais adequadas para lidar com o diagnóstico (Fonseca et al., 2008).

A EIF tem vindo a evidenciar elevada qualidade psicométrica, em diferentes populações, verificando-se resultados satisfatórios quanto à validade e consistência interna (Fonseca et al., 2008). Stein & Jessop (1985) num estudo com cuidadores primários, demonstraram a fiabilidade e validade do constructo. Em 1995, Carpinello e colaboradores (versão italiana) também verificaram boa fidedignidade e elevada capacidade discriminante referente aos pais de crianças com doenças crónicas e aos pais de crianças com doenças agudas. Bek, Simsek, Erel, Yakut, & Uygur e Beydemir, Cavlak, Yolacan & Ekici (2009) também confirmaram as boas qualidades psicométricas da EIF, mas a dimensão *Mestria* evidenciou valores baixos de consistência interna, sugerindo-se a sua exclusão. Com as investigações de Kolk, Schipper, Hanewald, Casari e Fantino (2000), Stein & Jessop (2003)

apresentaram uma nova revisão devido à elevada utilidade demonstrada pelos três fatores (*Sobrecarga Financeira, Impacto Social/Familiar e Tensão Pessoal*), reduzindo os 24 itens a 15. Os itens correspondentes às duas últimas dimensões passaram a ser organizados numa só. Diversos autores como Williams, Piamjariyakul, Williams, Bruggeman e Cabanela (2006) confirmaram as conclusões relacionadas com a nova estrutura unidimensional da EIF.

A versão utilizada no protocolo de avaliação foi a versão portuguesa validada e adaptada por Fonseca, Nazaré & Canavarro (2008). As autoras realizaram o estudo das características psicométricas da escala numa amostra de 144 pais e mães, cujo filho recebeu diagnóstico de deficiência (Hospitais da Universidade de Coimbra e associações que prestam apoios a famílias com crianças com diagnóstico de deficiência). A EIF utilizada é a versão revista, composta por 15 itens numa escala do tipo Likert (quatro pontos) que varia entre zero (“Discordo muito”), um (“Discordo”), dois (“Concordo”) e três (“Concordo muito”). Estes encontram-se organizados numa estrutura unidimensional. A cotação consiste no somatório dos 15 itens, não existindo itens invertidos. As pontuações altas são indicadoras de perceção de maior sobrecarga associada à condição de saúde da criança. As características psicométricas da EIF são satisfatórias (Fonseca *et al.*, 2008). Ao nível da validade do constructo foram avaliados dois modelos, sendo que o primeiro modelo preconizava a estrutura unidimensional da EIF e o segundo modelo enquadrava os 15 itens de acordo com os dois fatores da versão inicial da EIF (Fatores Impacto Social/Familiar e Tensão Pessoal). Nesta avaliação foi confirmada com resultados aceitáveis a estrutura unidimensional da EIF. Relativamente à fidelidade a EIF apresentou boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0.91) e boa estabilidade temporal entre os dois momentos de resposta ($r = 0.80$, $p < 0.001$). No nosso estudo o resultado obtido de alfa de Cronbach foi de .939, considerado um valor bastante elevado e muito bom de acordo com Pestana e Gageiro (2008) (Anexo IV).

Questionário para avaliar *Depressão Ansiedade e Stress* (“*DASS-21 Lovibond & Lovibond, 1995, versão portuguesa adaptada por Apóstolo, 2006*”).

O questionário “*Depression, Anxiety and Stress Scale*” (Lovibond & Lovibond, 1995) versão portuguesa adaptada por Apóstolo e colaboradores (2006) é um questionário que se destina a avaliar os estados emocionais *depressão, ansiedade e stress*. É caracterizado pela facilidade de aplicação em diferentes contextos (clínico/não clínico) podendo ser administrado para avaliar estados emocionais de adolescentes e adultos. A *DASS-21* (*Depression, Anxiety and Stress Scale*) consiste numa versão reduzida da *DASS-42* (42 itens) de Lovibond e Lovibond (1995). Estes pretendiam construir uma escala que avaliasse de

forma abrangente as características inerentes à sintomatologia ansiosa e depressiva. Encontraram, porém, uma nova dimensão, o *stress* (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

A escala é composta por 21 itens respondidos numa escala de Likert: zero (“*não se aplicou a mim*”), um (“*Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo*”), dois (“*Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo*”) e três (“*aplicou-se muito a mim, ou durante a maior parte do tempo*”). Encontram-se distribuídos em três subescalas. Cada subescala é constituída por sete itens (*depressão*: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; *ansiedade*: 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20; *stress*: 1, 6, 8, 11, 12 e 14) que avaliam a *sintomatologia depressiva* (anedonia, disforia, ausência de interesse, inércia, desvalorização, desmotivação), *ansiosa* (relacionada com alteração do sistema nervoso, *ansiedade* resultante de inúmeras situações) e o *stress* (vivência de impaciência, irritabilidade e elevada excitabilidade). As cotações consistem no somatório dos itens pertencentes às subescalas. As pontuações variam entre um mínimo (“zero”) e máximo (“21”). As mais elevadas indicam estados emocionais negativos (Lovibond & Lovibond, 1995; Apóstolo e colaboradores, 2006).

Para obter o posicionamento da amostra (relativamente à classificação dada pelos pontos de corte da escala) os resultados obtidos dos somatórios de cada subescala são multiplicados por dois, possibilitando a conversão para a escala completa de 42 itens. Os resultados são comparados com a classificação de cada um dos estados: normal, leve, moderado, severo e extremamente severo (Apóstolo, 2006; Lovibond e Lovibond, 1995). Valores mais elevados são indicadores de maior gravidade da sintomatologia.

Quanto à consistência interna da *DASS-21*, na versão portuguesa de Apóstolo e colaboradores (2006), os resultados são elevados: alfa de Cronbach de 0.95 para o total das três subescalas, $\alpha = 0.90$ para a *depressão*, $\alpha = 0.88$ para o *stress* e $\alpha = 0.86$ para a *ansiedade*. No nosso estudo, o alfa de Cronbach da escala total foi de 0.877, um valor bom (Pestana e Gageiro, 2008). Os alfas de Cronbach para as três dimensões também foram bons (Pestana e Gageiro, 2008): *stress* - alfa de 0.894, *ansiedade* - 0.830 e *depressão* - 0.854 (Anexo V).

Análise Estatística

Realizámos análises estatísticas recorrendo ao programa informática *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Realizámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão e medidas de assimetria e achatamento. Através do teste de Kolmogorov-Smirnov verificámos a normalidade das variáveis *otimismo* e *impacto familiar*. As variáveis *depressão_DASS-21*, *ansiedade_DASS-21*, *stress_DASS-21* e *resiliência* não revelaram normalidade. Ainda assim, conduzimos testes paramétricos, dado a

amostra apresentar um n superior a 30. Através de correlações de Pearson e do ponto bisserial e testes do qui quadrado para a independência testámos associações entre as diferentes variáveis. Para classificar a magnitude das correlações seguimos os critérios de Cohen (1992): 0,01 baixa; 0,30 moderada e 0,50 elevada. Recorremos ao teste t de Student para clarificar resultados obtidos nos testes anteriores. Realizámos regressões múltiplas hierárquicas assumindo como variáveis dependentes o *impacto familiar (sobrecarga objetiva)* e a *depressão_DASS-21*, *ansiedade_DASS-21* e *stress_DASS-21 (sobrecarga subjetiva)*. Tivemos em consideração as suposições necessárias nestas análises: tamanho da amostra, multicolinearidade e valores extremos (Tabachnick & Fidell, 2007; Leech et al., 2005; Pallant, 2007). Como uma das suposições da análise de regressão hierárquica é a normalidade das distribuições, quando a distribuição das variáveis se revelou assimétrica transformámo-las.

Amostra

A população-alvo é constituída por pais de crianças dos zero aos seis anos que no âmbito do SNIPI reúnem os critérios de elegibilidade para apoio da Equipa Local de Intervenção Precoce na Infância do Distrito de Leiria. A amostra final é composta por 80 sujeitos, sendo a maioria do *sexo* feminino ($n = 50$; 62,5%; idade média, $M = 36,0$; $DP = 5,87$; variação = 23-55 anos) (Tabela 1). Quanto ao *estado civil*, a maioria é casada/vive em comunhão de facto ($n = 72$; 90%). No que toca à *atividade profissional*, a maioria ($n = 50$; 62,5%) encontra-se a trabalhar. As *profissões* com maior percentagem correspondem às categorias: *especialistas das profissões intelectuais científicas, técnicos e profissionais de nível intermédio e operários artífices e trabalhadores similares* (as 3 categorias com $n = 12$; 15%). A maioria dos inquiridos não possui doença crónica ($n = 76$; 95%). Os que a apresentam têm doença bipolar, doença celíaca, problema coluna ou problema respiratório. Quanto à doença crónica no companheiro, nove (11,3%) enunciam a presença de doença no atual companheiro (acne, doença bipolar, doença celíaca, hipertensão e problemas de coluna).

Quanto à caracterização familiar (Tabela 2), o *agregado familiar* é constituído maioritariamente por três ($n = 39$; 48,8%), sendo estes na maioria da família nuclear ($n = 74$; 92,5%). 53 elementos ($n = 80$; 100%) referem ter apoio do agregado para cuidar do filho ($n = 53$; 66,3%). Quanto ao *número de filhos* ($n = 80$; 100%; têm mais filhos $n = 35$; 43,8% e não têm mais filhos $n = 45$; 56,3%) a maioria tem apenas mais um filho ($n = 26$; 74,3%). A idade das crianças encontra-se entre os 8 e os 72 meses ($M = 40,10/3$ anos e 8 meses; $DP = 17,66$), das quais 60 (75%) estão inseridas em *enquadramento socioeducativo* (a maioria em jardim-de-infância; $n = 38$; 63,3 %). Na Tabela 3 apresentam-se as variáveis relativas aos apoios

recebidos: 45 (56,3%) dos inquiridos indicam *apoio emocional e instrumental* pela família ($n = 17$; 21,3), família e amigos ($n = 5$; 6,3%) e técnicos ($n = 13$; 16,3%). Na Tabela 4 apresentamos as médias e desvios-padrão das variáveis *impacto familiar*, *resiliência*, *otimismo* e as dimensões da *DASS-21* (e valores médios da *DASS-21* multiplicados por 2/*DASS-42*) (Lovibond & Lovibond, 1995). Segundo os pontos de corte apresentados pelos autores os resultados (escalas da *DASS-21/DASS-42*) são “normais”.

Tabela 1
Variáveis sociodemográficas

| Sexo | <i>n</i> | % |
|---|----------------------|-----------------------|
| Masculino | 30 | 37,5 |
| Feminino | 50 | 62,5 |
| Total | 80 | 100 |
| Idade | <i>M (DP)</i> | <i>Varição</i> |
| | 35,94 (5,9) | 23 – 55 anos |
| Escolaridade | <i>n</i> | % |
| Sem Escolaridade | 1 | 1,3 |
| 1º Ciclo | 5 | 6,3 |
| 2º Ciclo | 5 | 6,3 |
| 3º Ciclo | 21 | 26,3 |
| Ensino Secundário | 26 | 32,5 |
| Curso Superior | 22 | 27,5 |
| Total | 80 | 100 |
| Estado Civil | <i>n</i> | % |
| Casado / Vive em comunhão de facto | 72 | 90 |
| Separado / Divorciado / Viúvo | 7 | 8,8 |
| Nunca viveu com pai / mãe do seu filho | 1 | 1,3 |
| Total | 80 | 100 |
| Situação de Trabalho | <i>n</i> | % |
| Trabalhar | 50 | 62,5 |
| Desempregado | 27 | 33,8 |
| Baixa | 3 | 3,8 |
| Total | 80 | 100 |
| Profissão | <i>n</i> | % |
| Profissões das Forças Armadas | 1 | 1,3 |
| Quadros Superiores de Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | 5 | 6,3 |
| Especialistas das Profissões Intelectuais Científicas | 12 | 15 |
| Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio | 12 | 15 |
| Pessoal Administrativo e Similares | 3 | 3,8 |
| Pessoal dos Serviços e Vendedores | 10 | 12,5 |
| Agricultores e Trabalhadores qualificados da Agricultura e Pescas | 1 | 1,3 |
| Operários, Artífices e Trabalhadores Similares | 12 | 15 |
| Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem | 2 | 2,5 |
| Trabalhadores não qualificados | 8 | 10 |
| Desempregados | 14 | 17,5 |
| Total | 80 | 100 |
| Doença Crónica | <i>N</i> | % |
| Sim | 4 | 5 |
| Não | 76 | 95 |
| Total | 80 | 100 |
| Companheiro com Doença Crónica | <i>N</i> | % |
| Sim | 9 | 11,3 |
| Não | 71 | 88,8 |
| Total | 80 | 100 |

NOTA: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão.

Tabela 2

Variáveis relativas à caracterização Familiar

| Agregado Familiar | <i>n</i> | % |
|--|----------------------|------------------------|
| Família Nuclear (Pais e Irmãos) | 74 | 92,5 |
| Família Nuclear e Família Alargada (Pais, Tios, Avós) | 6 | 7,5 |
| Total | 80 | 100 |
| Número elementos Agregado Familiar | <i>N</i> | % |
| 2 Elementos | 3 | 3,8 |
| 3 Elementos | 39 | 48,8 |
| 4 Elementos | 25 | 31,3 |
| 5 Elementos | 12 | 15 |
| 6 Elementos | 1 | 1,3 |
| Total | 80 | 100 |
| Tempo de Acompanhamento da ELI | <i>M (DP)</i> | <i>Variação</i> |
| | 15,09 (10,49) | 1 – 36 meses |
| Apoio Cuidar do Filho | <i>N</i> | % |
| Sim | 53 | 66,3 |
| Não | 27 | 33,8 |
| Total | 80 | 100 |
| Quem ajuda a cuidar do filho | <i>N</i> | % |
| Família Nuclear (Pais e Irmãos) | 33 | 41,3 |
| Família Alargada (Tios, Avós) | 17 | 21,3 |
| Família Nuclear e Família Alargada (Pais / Tios, Avós) | 3 | 3,8 |
| Total | 53 | 66,3 |
| Número de filhos | <i>N</i> | % |
| 1 Filho | 26 | 74,3 |
| 2 Filhos | 9 | 25,7 |
| Total | 35 | 43,8 |
| Mais Filhos em Acompanhamento pela ELI | <i>N</i> | % |
| Sim | 2 | 6,7 |
| Não | 28 | 93,3 |
| Total | 30 | 100 |
| Enquadramento socioeducativo | <i>N</i> | % |
| Sim | 60 | 43,8 |
| Não | 45 | 56,3 |
| Total | 80 | 100 |
| Enquadramento socioeducativo | <i>N</i> | % |
| Creche | 15 | 25 |
| Jardim de Infância | 38 | 63,3 |
| Ama | 6 | 10 |
| Outra | 1 | 1,7 |
| Total | 60 | 100 |
| Idade da criança* | <i>M (DP)</i> | <i>Variação</i> |
| | 40,10 (17,67) | 8 – 72 meses |

NOTA: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; * Variáveis descritas em termos do número de meses.

Tabela 3

Variáveis relativas aos Apoios Recebidos

| Apoio Emocional ou Instrumental recebido | <i>N</i> | % |
|--|-----------------|-------------|
| Sim | 45 | 56,3 |
| Não | 35 | 43,8 |
| Total | 80 | 100 |
| Quem Apoia Emocionalmente/Instrumentalmente | <i>N</i> | % |
| Família | 17 | 21,3 |
| Família e Amigos | 5 | 6,3 |
| Técnicos | 13 | 16,3 |
| Total | 35 | 43,8 |

Tabela 4

Médias e Desvio-Padrão das Variáveis de Impacto familiar, Resiliência, Otimismo, Depressão, Ansiedade e Stress na amostra total.

| Variáveis | M | DP |
|------------------|------|-------|
| Impacto familiar | 14,2 | 10,44 |
| Resiliência | 32 | 4,14 |
| Otimismo | 18,7 | 3,29 |
| DASS-21 | | |
| Depressão | 3,6 | 4,12 |
| Ansiedade | 2,3 | 3,30 |
| Stress | 5,7 | 5,09 |
| DASS-42 | | |
| Depressão | 6,9 | - |
| Ansiedade | 4,6 | - |
| Stress | 11,4 | - |

NOTA: M = Média; DP = Desvio Padrão;

RESULTADOS

Diferenças de sexo nas variáveis centrais do estudo

Começámos por analisar se existiam diferenças por sexo nas variáveis centrais do estudo. Verificámos existirem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis *resiliência*, *otimismo*, *depressão_DASS-21*, *ansiedade_DASS-21* e *stress_DASS-21*: as mulheres apresentam níveis menores de *resiliência* e de *otimismo* e níveis mais elevados de *depressão*, *ansiedade* e *stress*. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto à variável *impacto familiar* (Tabela 5).

Tabela 5

Teste t de Student para amostras independentes (Impacto familiar por Sexo).

| | Mulheres (n = 50) | | Homens (n = 30) | | t | p |
|-------------------------|----------------------|------|--------------------|-------|--------|-----------|
| | M | DP | M | DP | | |
| Impacto familiar | 15.6 | 9.93 | 11.9 | 11.02 | -1.530 | .132 (NS) |
| Resiliência | 30.9 | 4.26 | 33.8 | 3.25 | 3.246 | .002 |
| Otimismo | 18.1 | 3.34 | 19.7 | 3.03 | 2.153 | .035 |
| Depressão | 4.7 | 4.33 | 1.7 | 2.97 | -3.324 | .001 |
| Ansiedade | 3.2 | 3.78 | 0.8 | 1.28 | -3.457 | .001 |
| Stress | 7.4 | 5.33 | 3.0 | 3.20 | -4.086 | ≤.001 |

NOTA: M = Média; DP = Desvio Padrão; t = teste t de Student; p = nível de significância; NS = não significativo

Associações entre as variáveis centrais do estudo

Uma vez que quanto à variável *impacto familiar* não encontrámos diferenças de sexo, fomos correlacionar (Correlações de Pearson) esta variável com as outras variáveis centrais do estudo na amostra total (Tabela 6). Verificámos a inexistência de associações estatisticamente significativas entre a variável *impacto familiar* (sobrecarga objetiva), *resiliência* e *otimismo*. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa (positiva e pequena) entre a variável *impacto familiar* e *stress_DASS-21*.

Tabela 6

Correlações de Pearson (Impacto familiar, Resiliência, Otimismo, Depressão, Ansiedade e Stress) na amostra total.

| Dimensões | Impacto familiar | Resiliência | Otimismo | Depressão | Ansiedade | Stress |
|------------------|------------------|-------------|----------|-----------|-----------|--------|
| Impacto familiar | 1 | NS | NS | NS | NS | .274* |

NOTA: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; NS = Não Significativo.

Apresentamos as correlações de Pearson entre as variáveis *otimismo*, *resiliência*, *depressão_DASS-21*, *ansiedade_DASS-21* e *stress_DASS-21*, por sexo. No caso dos homens verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre *otimismo* e *resiliência* (positiva e moderada) e entre *otimismo* e *ansiedade* (negativa e moderada). Apenas a *depressão_DASS-21* e o *stress_DASS-21* se mostraram associadas. Quanto às mulheres, o *otimismo* e a *resiliência* associam-se de forma estatisticamente significativa (grande e positiva). A *resiliência* encontra-se associada de forma estatisticamente significativa com a *depressão_DASS-21*, *ansiedade_DASS-21* e *stress_DASS-21* (negativa e moderada). A *depressão_DASS-21* encontra-se significativamente associada com a *ansiedade_DASS-21* e *stress_DASS-21* (correlações grandes e positivas), tal como a *ansiedade_DASS-21* se encontra associada ao *stress_DASS-21* (correlação positiva e grande) (Tabela 7 e 8).

Tabela 7

Correlações de Pearson entre as variáveis Resiliência, Otimismo, Depressão, Ansiedade e Stress nos homens.

| Dimensões | Resiliência | Otimismo | Depressão | Ansiedade | Stress |
|-------------|-------------|----------|-----------|-----------|--------|
| Resiliência | 1 | .439* | NS | NS | NS |
| Otimismo | - | 1 | NS | -.386* | NS |
| DASS-21 | - | - | - | - | - |
| Depressão | - | - | 1 | NS | .709** |
| Ansiedade | - | - | - | 1 | NS |
| Stress | - | - | - | - | 1 |

NOTA: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; NS = Não Significativo.

Tabela 8

Correlações de Pearson entre as variáveis Resiliência, Otimismo, Depressão, Ansiedade e Stress nas mulheres.

| Dimensões | Resiliência | Otimismo | Depressão | Ansiedade | Stress |
|-------------|-------------|----------|-----------|-----------|---------|
| Resiliência | 1 | .553** | -.418** | -.491** | -.440** |
| Otimismo | - | 1 | -.421** | NS | -.441** |
| DASS-21 | - | - | - | - | - |
| Depressão | - | - | 1 | .693** | .822** |
| Ansiedade | - | - | - | 1 | .664** |
| Stress | - | - | - | - | 1 |

NOTA: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; NS = Não Significativo.

Associações entre o impacto familiar (sobrecarga objetiva) e variáveis sociodemográficas

Como um grande número de variáveis sociodemográficas, relativas à caracterização familiar e aos apoios recebidos, era categorial optámos por dicotomizar as variáveis *impacto familiar* (através da média) /sobrecarga objetiva e realizar testes do Qui Quadrado para a

independência para testar associações entre o *impacto familiar*/sobrecarga objetiva e as referidas variáveis. No que diz respeito às variáveis contínuas/dimensionais (*idade do progenitor, idade do filho, tempo de acompanhamento*) realizámos correlações de Pearson para testar associações com as variáveis centrais do estudo.

Através de Qui Quadrados para a independência verificámos que o *sexo* dos progenitores (tendência estatística, $p = .055$), o facto de a criança estar integrada num *enquadramento socioeducativo* ($p = .027$) e a existência de *apoio emocional/instrumental* ($p = .010$) associam-se ao *impacto familiar* dicotomizado. Nenhuma variável dimensional se mostrou associada ao *impacto familiar*. Com base nestes resultados e visto que as três variáveis que revelaram associações apresentam carácter dicotómico, realizámos correlações do ponto bisserial para confirmar as associações (utilizando o *impacto familiar* como variável dimensional e as outras variáveis como dicotómicas) (Tabela 9). Só as variáveis “*enquadramento socioeducativo*” e “*existência de apoio emocional/instrumental*” se associam significativamente ao *impacto familiar* (de forma moderada).

Tabela 9

Correlações entre Impacto familiar, enquadramento socioeducativo, existência de Apoio Emocional / instrumental.

| Dimensões | Sexo | Enquadramento socioeducativo | Apoio Emocional / instrumental |
|------------------|------|------------------------------|--------------------------------|
| Impacto familiar | NS | -.297** | .302** |

NOTA: * $p \leq 0,050$; ** $p \leq 0,005$; NS= não significativo

Testes t de Student para amostras independentes mostraram que progenitores cujos filhos não são acompanhados em *enquadramento socioeducativo* ($p = 0,008$) e que não recebem *apoio emocional /instrumental* ($p = 0,006$) apresentam maior *impacto familiar* (Tabelas 10 e 11). Não se verificam diferenças significativas por sexo no impacto familiar.

Tabela 10

Teste t de Student para amostras independentes (Impacto familiar por Enquadramento socioeducativo).

| | Não (n = 20) | | Sim (n = 60) | | t | P |
|------------------|-----------------|------|-----------------|-------|-------|------|
| | M | DP | M | DP | | |
| Impacto familiar | 19.6 | 9.76 | 12.4 | 10.12 | 2.746 | .008 |

NOTA: M = Média; DP = Desvio Padrão; t = t de Student; p = nível de significância

Tabela 11

Teste t de Student para a variável Apoio Emocional / instrumental.

| | Não (n = 35) | | Sim (n = 45) | | t | P |
|------------------|-----------------|------|-----------------|-------|-------|------|
| | M | DP | M | DP | | |
| Impacto familiar | 17.8 | 9.63 | 11.4 | 10.30 | 2.826 | .006 |

NOTA: M = Média; DP = Desvio Padrão; t = t de Student; p = nível de significância

Associações entre *depressão_DASS-21* (*sobrecarga subjetiva*) e variáveis sociodemográficas (homens e mulheres)

Como um grande número de variáveis sociodemográficas (caracterização familiar e aos apoios recebidos) era categorial, dicotomizámos as variáveis *depressão_DASS-21* (através da média)/*sobrecarga subjetiva* e realizámos testes do Qui Quadrado para a independência para testar associações entre *depressão_DASS-21/sobrecarga subjetiva* e essas variáveis. Quanto às variáveis dimensionais (*idade do progenitor e do filho, tempo de acompanhamento*) realizámos correlações de Pearson para testar associações com estas variáveis. Realizámos as análises separadamente por sexo. Quanto aos homens, através de Qui Quadrados para a independência as variáveis *nº filhos* ($p = 0,005$) e *idade filho* associaram-se significativamente com a *depressão_DASS-21* ($p = 0,018$). Com base nos resultados e porque a variável *nº de filhos* é dicotómica, realizámos uma correlação do ponto bisserial para confirmar as associações (*depressão_DASS-21* como variável dimensional e *nº de filhos* como variável dicotómica). Verificámos uma associação estatisticamente significativa positiva, de magnitude grande ($r = 0,715$; $p = 0,006$). Quanto às mulheres, através de Qui Quadrados para a independência verificámos que a variável *situação face ao trabalho* ($p = 0,027$) revelou uma associação estatisticamente significativa com a *depressão_DASS-21*. Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre as variáveis dimensionais e a *depressão_DASS-21*. Uma correlação do ponto bisserial avaliando a associação entre a *depressão_DASS-21* e a variável *situação face ao trabalho* dicotomizada revelou apenas uma tendência estatística ($r = 0,275$; $p = 0,053$).

***Depressão_DASS-21/Sobrecarga Subjetiva* nos homens - Regressão múltipla hierárquica**

Realizámos uma regressão múltipla hierárquica para avaliar a capacidade do *optimismo* (segundo bloco), depois de considerarmos o *nº de filhos* e *idade do filho* a predizer a *depressão_DASS-21*. Quanto ao tamanho da amostra, atendendo à fórmula de Tabachnick & Fidell (N tem de ser $> 50+8m$; m corresponde ao número de VIs), (2007, p. 123) o N necessário seria de 74 sujeitos. Não cumprimos o pressuposto. Não se verificaram valores extremos. O *nº de filhos* e *idade do filho* explicaram 62,5% da variância da VD. Depois de introduzirmos no segundo bloco a variável *otimismo*, a variância explicada pelo modelo como um todo foi igual (62,5%) $F(3, 9) = 4,990$, $p = 0,026$. A variável não explicou uma percentagem adicional da variância da VD, depois de controlar o primeiro bloco, mudança do $R^2 = 0,000$, mudança do $F(1, 9) = 0,000$, $p = 0,987$. O “*nº de filhos*” ofereceu uma contribuição única significativa para a VD ($\beta = 0,623$; $p = 0,017$) (Tabela 12).

Tabela 12

Regressão múltipla hierárquica predizendo Depressão_DASS-21 (VIs: n° de filhos, idade filho e otimismo), nos homens

| Preditor | Depressão_DASS-21 | |
|-------------------------------|-------------------|----------------|
| | ΔR^2 | β |
| Passo 1 | 0,625** | |
| Otimismo | | -0,004 (Ns) |
| Passo 2 | 0,625 | |
| Nº filhos a) | - | 0,623** |
| Idade filho | - | 0,348 (Ns) |
| Total R^2 | 1,250** | - |
| F(modelo final) | 4,990** | - |

NOTA: Tabela segundo a APA (2010) R^2 = Coeficiente de determinação; β = Beta; Ns = Não significativo; ** $p < 0,05$. *** $p < 0,001$; a) 0)1 filho; 1) 2 filhos

Depressão_DASS-21/Sobrecarga Subjetiva (mulheres) - Regressão múltipla hierárquica

Realizámos uma regressão múltipla hierárquica para avaliar a capacidade do *otimismo* e *resiliência* (segundo bloco), depois de considerar a *situação face ao trabalho*, a predizer a *depressão_DASS-21*. Atendendo à fórmula de Tabachnick & Fidell (N tem de ser $> 50+8m$; m = número de VIs) (2007, p. 123) o N necessário seria de 74 sujeitos. Não cumprimos este pressuposto. Excluimos a variável *resiliência* ao verificar multicolinearidade com o *otimismo* ($r \geq 0,05$). Mantivemos o *otimismo* porque a sua correlação com a *depressão_DASS-21* foi superior àquela entre *resiliência* e *depressão_DASS-21*. Neste caso o N necessário seria de 66 sujeitos. Não cumprimos o pressuposto. Não se verificou a presença de valores extremos. A *situação face ao trabalho* explicou 7,6% da variância da *depressão_DASS-21*. Depois de introduzir no segundo bloco o *otimismo*, a variância explicada pelo modelo foi de 23.2%, $F(1, 48) = 3,922$, $p = 0,053$. Este não explicou uma percentagem adicional da variância da VD, depois de controlar o primeiro bloco, mudança do $R^2 = 0,156$, mudança do $F(1, 47) = 9,567$, $p = 0,003$. O *otimismo* foi preditor da VD ($\beta = -0,397$; $p = 0,003$) (Tabela 13).

Tabela 13

Regressão múltipla hierárquica predizendo Depressão_DASS-21 (VIs: situação face ao trabalho, otimismo), nas mulheres

| Preditor | Depressão_DASS -21 | |
|-------------------------------|--------------------|-----------------|
| | ΔR^2 | β |
| Passo 1 | 0,076 (te) | |
| Situação face ao trabalho a | | 0,235(ns) |
| Passo 2 | 0,232** | |
| Otimismo | - | -0,397** |
| Total R^2 | 0,308** | - |
| F(modelo final) | 7,094** | - |

NOTA: Tabela segundo a APA (2010) R^2 = Coeficiente de determinação; β = Beta; Ns = Não significativo; ** $p < 0,05$. *** $p < 0,001$; te = tendência estatística; a 0) sim; 1) não

Associações entre *ansiedade_DASS-21* (sobrecarga subjetiva) e variáveis sociodemográficas (homens e mulheres)

Depois de dicotomizarmos a variável *ansiedade_DASS-21* (média)/*sobrecarga subjetiva*, visto que muitas variáveis sociodemográficas era categorial, realizámos testes do

Qui Quadrado para a independência para testar associações entre *ansiedade-DASS21/sobrecarga subjetiva* e as referidas variáveis. Quanto às associações com variáveis dimensionais (*idade do progenitor/filho, tempo de acompanhamento*) realizámos correlações de Pearson. Realizámos estas análises separadamente por sexo. Quanto aos homens, a *idade* (do próprio progenitor) revelou uma associação estatisticamente significativa com a *ansiedade-DASS-21* ($r = 0,563$; $p = 0,001$) (grande e positiva). Quanto às mulheres, Qui Quadrados para a independência mostraram que o *enquadramento socioeducativo* ($p = 0,035$) associa-se com a *ansiedade-DASS-21*. Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre as variáveis dimensionais e a *ansiedade-DASS-21*. Uma correlação do ponto bisserial avaliando a associação entre esta última e o *enquadramento socioeducativo* dicotomizada não replicou a presença da associação estatisticamente significativa.

Ansiedade-DASS-21/Sobrecarga Subjetiva nos homens - Regressão múltipla hierárquica

Realizámos uma regressão múltipla hierárquica para avaliar a capacidade do *otimismo* (segundo bloco), depois de introduzirmos a *idade* (do progenitor), a predizer a *ansiedade-DASS-21*. Quanto ao tamanho da amostra (N tem de ser $> 50+8m$; m corresponde ao número de VIs), o N necessário seria de 66 sujeitos (Tabachnick & Fidell, 2007). Não cumprimos o pressuposto. Não se verificou a presença de valores extremos. A *idade do progenitor* explicou 31,7% da variância da VD. Depois de introduzirmos no segundo bloco o *otimismo*, a variância explicada pelo modelo como um todo foi de 35.9% $F(2, 27) = 7,568$, $p = 0,002$. O *otimismo* não explicou uma percentagem adicional da variância da VD, depois de controlar o primeiro bloco, mudança do $R^2 = 0,042$, mudança do $F(1, 27) = 1,777$, $p = 0,194$. A *idade* (do progenitor) foi preditor da VD ($\beta = 0,488$; $p = 0,006$) (Tabela 14).

Tabela 14

Regressão múltipla hierárquica predizendo a Ansiedade-DASS-21 (VIs: idade do progenitor e otimismo), nos homens

| | <i>Ansiedade-DASS-21</i> | |
|-------------------------------|--------------------------|---------------|
| | ΔR^2 | β |
| Passo 1 | 0,317** | |
| Idade (progenitor) | | 0,488** |
| Passo 2 | 0.359 | |
| Otimismo | - | -0,219 |
| Total R^2 | 0,676 ** | - |
| F (modelo final) | 7,568** | - |

NOTA: Tabela segundo a APA (2010) R^2 = Coeficiente de determinação; β = Beta; Ns = Não significativo; ** $p < 0,05$. *** $p < 0,001$.

Ansiedade-DASS-21/Sobrecarga Subjetiva (mulheres) - Regressão múltipla hierárquica

Realizámos uma regressão múltipla hierárquica para avaliar a capacidade do *otimismo* (segundo bloco), depois de considerar no primeiro bloco o *enquadramento socioeducativo*, a predizer a *ansiedade-DASS-21*. Quanto ao tamanho da amostra, atendendo à fórmula de

Tabachnick & Fidell (N tem de ser $> 50+8m$; m corresponde ao número de VIs), (2007, p. 123) o N necessário seria de 66 sujeitos. Não cumprimos o pressuposto. Não se verificou multicolinearidade nem valores extremos. O *enquadramento socioeducativo* explicou 6,6% da variância da VD. Depois de introduzirmos no segundo bloco o *otimismo*, a variância explicada pelo modelo foi de 4,6%, $F(2, 47) = 2,978$, $p = 0,061$. Esta variável não explicou uma percentagem adicional da variância da *ansiedade_DASS-21*, depois de controlar o primeiro bloco, mudança do $R^2 = 0,046$, mudança do $F(1, 47) = 2,454$, $p = 0,124$. Nenhuma variável ofereceu uma contribuição única significativa para a VD.

Associações entre o *stress_DASS-21* (*sobrecarga subjetiva*) e as variáveis sociodemográficas nos homens e nas mulheres

Como um grande número de variáveis sociodemográficas, relativas à caracterização familiar e aos apoios recebidos era categorial dicotomizámos a variável *stress_DASS-21* (através da média) /*sobrecarga subjetiva* e realizámos testes do Qui Quadrado para a independência para testar associações entre *stress-DASS-21/sobrecarga subjetiva* e as referidas variáveis. Quanto às variáveis dimensionais (*idade do progenitor*, *idade do filho*, *tempo de acompanhamento*) realizámos correlações de Pearson para testar associações com estas variáveis. Realizámos as análises separadamente por sexo. Quanto aos homens, não encontrámos associações entre a *stress_DASS-21* e as variáveis sociodemográficas. Quanto às mulheres, Qui Quadrados para a independência mostraram que a *ajuda a cuidar do filho* ($p = 0,033$) associa-se ao *stress_DASS-21*. Não se verificaram associações entre as variáveis dimensionais e o *stress*. Uma correlação do ponto bisserial avaliando a associação entre o *stress* e a *ajuda a cuidar do filho* dicotomizada revelou uma associação estatisticamente significativa positiva (magnitude moderada; $r = 0,306$; $p = 0,031$).

***Stress_DASS-21/Sobrecarga Subjetiva* (homens) - Regressão múltipla hierárquica**

Realizámos uma análise de regressão múltipla hierárquica para avaliar a capacidade da variável *otimismo* a predizer o *stress_DASS-21*. Quanto ao pressuposto sobre o tamanho da amostra, atendendo à fórmula apresentada por Tabachnick & Fidell (N tem de ser $> 50+8m$; onde m corresponde ao número de VIs), (2007, p. 123) o N necessário seria de 58 sujeitos. Não cumprimos este pressuposto. Não se verificou a presença de valores extremos. O modelo com o *otimismo* não foi significativo ($p = 0,325$).

Stress_DASS-21/Sobrecarga Subjetiva (mulheres) - Regressão múltipla hierárquica

Realizámos uma regressão múltipla hierárquica para avaliar a capacidade do *otimismo* e *resiliência* (segundo bloco), depois de considerar a *ajuda a cuidar do filho* (primeiro bloco), a prever o *stress_DASS-21*. Quanto ao tamanho da amostra, atendendo à fórmula de Tabachnick & Fidell (N tem de ser $> 50+8m$; m corresponde ao número de VIs), (2007, p. 123) o N necessário seria de 74 sujeitos. Não cumprimos este pressuposto. Excluimos a *resiliência* dada a multicolinearidade com o *otimismo* ($r \geq 0.05$). Mantivemos este último dado a sua correlação com o *stress_DASS-21* se superior à com a *resiliência*. Neste caso o N necessário seria de 66 sujeitos. Não cumprimos o pressuposto. A *ajuda a cuidar do filho* explicou 9,3% da variância do *stress_DASS-21*. Depois de introduzirmos no segundo bloco a variável *otimismo*, a variância explicada pelo modelo foi de 29.9%, $F(2, 47) = 10,010$, $p \leq 0,001$. Esta variável explicou uma percentagem adicional de 20.5% da variância da VD, depois de controlar o primeiro bloco, mudança do $R^2 = 0,205$, mudança do $F(1, 47) = 13,758$, $p = 0,001$. A *ajuda a cuidar do filho* e o *otimismo* ofereceram contribuições significativas para a VD (respetivamente, $\beta = 0,323$; $p = 0,011$; $\beta = -0,453$; $p = 0,001$) (Tabela 15).

Tabela 15

Regressão múltipla hierárquica predizendo o Stress_DASS-21 (Vis: ajuda a cuidar do filho, otimismo e resiliência), nas mulheres

| Preditor | Stress_DASS-21 | |
|-------------------------------|-----------------|------------------|
| | ΔR^2 | β |
| Passo 1 | 0,093** | |
| Ajuda a cuidar do filho a) | | 0.323** |
| Passo 2 | 0.299** | |
| Otimismo | - | -0,453*** |
| Total R^2 | 0,392** | - |
| F(modelo final) | 10,010** | - |

NOTA: Tabela segundo a APA (2010) R^2 = Coeficiente de determinação; β = Beta; Ns = Não significativo; ** $p < 0,05$. *** $p < 0,001$; a 0) sim; 1) não

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO

O interesse nesta temática deveu-se à proximidade e contato direto por parte da autora com crianças/famílias nas quais a deficiência constitui um fator “poderoso” nas suas dinâmicas. A adversidade e os múltiplos obstáculos inerentes a esta condição são fatores predominantes nas suas vidas, sendo necessária a reorganização e adaptação a diferentes níveis, sendo este o ponto de partida para um percurso “longo” até alcançar um novo equilíbrio. No âmbito prático, constata-se que os obstáculos podem ser convertidos em desafios e contribuir para o crescimento das famílias, sobretudo quando acompanhados de constructos psicológicos positivos. Assim, neste trabalho pretendíamos analisar de que forma a *resiliência* e o *otimismo* enquanto *crenças positivas* influenciavam a sobrecarga objetiva

(*impacto familiar*) e subjetiva (sintomas de *ansiedade*, *stress* e *depressão*) dos progenitores destas famílias. A perspetiva positiva quanto à deficiência na criança é pouco explorada empiricamente. Esta investigação pode oferecer uma contribuição significativa, ao analisar o papel de características positivas, como o *otimismo* e a *resiliência* na vida destas famílias.

Das características gerais da nossa amostra, destacamos o facto da maioria dos inquiridos pertencer ao sexo feminino. A maioria dos estudos nesta área é realizada com mães, visto que são consideradas o principal prestador de cuidados. A maioria dos elementos da amostra era casada e tinha vida profissional ativa. Os níveis de escolaridade e atividade profissional são indicadores de nível socioeconómico e cultural médio (escolaridade acima do 3º ciclo; *especialistas das profissões intelectuais científicas, técnicos e profissional de nível intermédio e operários artificiais e trabalhadores similares*). De acordo com Miranda (2012), os pais de crianças com deficiência que possuem atividade profissional ativa apresentam maior qualidade de vida. Sousa e Pires (2003) referem que as famílias de crianças com deficiência com nível socioeconómico médio apresentam maior apoio social e qualidade de vida, revelando-se um facilitador à sobrecarga financeira que se verifica. O facto da nossa amostra apresentar um nível socioeconómico médio pode relacionar-se com a menor sobrecarga objetiva constatada, corroborando o estudo de Almeida & Sampaio (2006), no qual se constatou que os cuidadores com habilitações literárias médias (5º ao 9º ano / 2º e 3º ciclo) apresentavam capacidade de promover o suporte social de que necessitavam. O nível socioeconómico médio pode contribuir para que as famílias de crianças com deficiência sejam capazes de gerir os seus próprios recursos e ampliar o suporte social a diferentes níveis, com as suas habilitações literárias a poderem constituir um fator protetor para estas famílias.

Quanto aos resultados principais, verificaram-se diferenças significativas na *resiliência*, *otimismo*, *depressão*, *ansiedade* e *stress*, quanto ao sexo dos progenitores. As mães apresentaram níveis mais baixos de *resiliência* e *otimismo* e níveis mais elevados de *depressão*, *ansiedade* e *stress* (sobrecarga subjetiva). De acordo com Oliveira (2009) os homens tendem a apresentar maior frequência de comportamentos *resilientes*, bem como uma maior capacidade para dirigir as emoções e enfrentar novos desafios comparativamente às mulheres. A nossa amostra parece corroborar estes dados, com os pais a apresentarem condutas mais *resilientes* e *optimistas* perante a adversidade. Os nossos dados também vão ao encontro de outros estudos, ao mostrarem que as mães tendem a experienciar mais psicopatologia (*sobrecarga subjetiva*), visto assumirem maioritariamente a prestação de cuidados e serem fortemente confrontadas com as implicações da deficiência (Albuquerque *et al.*, 2012; Beckman, 1991; Hunfeld *et al.*, 1999; Moes *et al.*, 1992; Smith, *et al.*, 2008). Os

pais acabam por permanecer mais distantes destas problemáticas, possibilitando a conversão dos eventos *stressantes* (através do *coping*) mais facilmente em processos adaptativos, tendo, à partida, maior capacidade para ter condutas mais *resilientes* e *otimistas*.

Porém, no nosso estudo não se verificaram diferenças significativas de sexo quanto à *sobrecarga objetiva (impacto familiar)*, pelo que utilizámos a amostra total para cruzar a *sobrecarga objetiva (impacto familiar)* com a *resiliência* e *otimismo*, assim como com as variáveis da *DASS-21 (depressão, ansiedade e stress)*. Os nossos resultados permitiram constatar que a *resiliência* e o *otimismo* não estão associados à *sobrecarga objetiva (impacto familiar)*, sugerindo que constructos psicológicos positivos podem não ser amortecedores relativamente ao impacto “objetivo”. Este resultado opõe-se, pelo menos do que diz respeito à *sobrecarga objetiva* (isto porque no caso da *sobrecarga* mais subjetiva os construtos amortecedores/protetores, *resiliência* e *otimismo* revelaram associações significativas com a *sobrecarga subjetiva*, particularmente no sexo feminino) ao estudo de Gupta e Singhal (2004) que mostrou que as perceções positivas podem ser consideradas como fatores que atenuam as dificuldades das famílias de crianças com deficiência. Os nossos dados parecem indicar que não existe vantagem em promover essas variáveis protetoras (*resiliência* e *otimismo*) junto destas famílias pelo menos no que toca ao seu impacto na *sobrecarga objetiva*.

Já não é possível realizar a mesma afirmação no que toca à *sobrecarga subjetiva* das mães. Assim, no caso das mães, níveis elevados de *resiliência* e *otimismo* associam-se a níveis mais baixos de *depressão, ansiedade e stress* (apenas não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre *otimismo* e *ansiedade*). Quanto à *sobrecarga objetiva* é possível que outras variáveis (familiares e relativas ao apoio) tenham um maior peso. De facto, os progenitores que referem que o seu filho não é acompanhado em nenhum *enquadramento socioeducativo* e que referem não receber *apoio emocional/instrumental* apresentam maior *impacto familiar*. O facto dos pais das crianças que não estavam inseridas em nenhum *enquadramento socioeducativo* apresentarem valores mais elevados de impacto familiar vai ao encontro do estudo de Brannan, Helflinger e Bickman (1997) que refere que a dependência de um filho em relação aos seus progenitores é extremamente exigente e elevada, sendo que os pais podem acabar por negligenciar as suas próprias necessidades e as necessidades da restante família. O facto de a criança estar integrada em *enquadramento socioeducativo* pode desempenhar um papel moderador nos níveis de *sobrecarga* da família.

Já o facto das famílias que não recebiam *apoio emocional /instrumental* apresentarem níveis maiores de *impacto familiar* (*sobrecarga objetiva*) corrobora o estudo de Almeida e Sampaio (2006) ao referirem que o suporte social pode despoletar o efeito de amortecedor

dos níveis de *stress* dos familiares de pessoas com deficiência. Os progenitores de uma criança com uma deficiência grave podem experimentar processos cognitivos muito semelhantes aos dos indivíduos que sofreram um trauma (Turnbull & Turnbull, 1986). Os níveis de *stress* e vulnerabilidade experienciado por estas famílias, sendo muito elevado(s), implicam grandes adaptações, porque os membros da família podem não contemplar características na sua estrutura atual que lhes permitam enfrentar a adversidade. Desta forma, podem encontrar-se ainda numa fase de adaptação (Peixoto & Martins, 2012). No caso da nossa amostra, o diagnóstico da deficiência pode ser considerado, ainda, um dado precoce para estes pais, uma vez que as crianças têm uma média etária de três anos ($M = 40,10/3$ anos e 8 meses), podendo os mesmos estar a sofrer um momento de “crise” (Coelho & Coelho, 2001), com a adaptação a esta condição a não ter ainda acontecido totalmente.

Ainda quanto à ausência de associação entre o *impacto familiar/sobrecarga objectiva* e as variáveis *resiliência* e *otimismo*, e atendendo ao contacto próximo que a autora do trabalho tem com estas famílias, é possível hipotetizar que os progenitores, mais por uma questão de desejabilidade social, e quem sabe, por conhecerem a técnica que procedeu à administração dos instrumentos, possam não ter sido totalmente honestos no preenchimento dos questionários sobre impacto familiar. Esta hipótese parece-nos ainda mais plausível se atendermos ao conteúdo de alguns dos itens do instrumento que, de uma forma muito direta foca a deficiência dos filhos e as suas implicações familiares.

Voltando à associação entre *resiliência* e *otimismo* e *sobrecarga subjetiva*, pelo menos nas mulheres estes contrutos parecem ser protetores, corroborando estudos que referem que as perceções positivas podem ter um efeito amortecedor das situações de maior *stress*, como é o caso da deficiência na criança (Gupta & Singhal, 2004). A propósito do efeito amortecedor da *resiliência* e do *otimismo* nas manifestações psicopatológicas (*sobrecarga subjetiva*) dos pais, os sujeitos mais *otimistas* podem apresentar estratégias de *coping* (processos *resilientes*) mais eficazes para lidar com situações *stressantes* (Scheier e colaboradores, 2000), constituindo-se como fatores protetores perante a adversidade.

Relativamente à associação da *sobrecarga subjetiva* (*depressão*, *ansiedade* e *stress*) com as variáveis sociodemográficas, no caso dos homens, a *idade do filho* apresentou uma associação com a *depressão*. A deficiência pode constituir ainda um dado precoce para estes pais, justificando-se o resultado. Porém, pode também evidenciar as diferenças entre a criança e os seus pares da mesma faixa etária, segundo Bristol (1979). Quanto ao *número de filhos*, este também se associou estatisticamente à *depressão* de uma forma positiva e com magnitude grande. É possível que a família ao ver-se mais sobrecarregada com mais filhos

possa vivenciar mais sintomatologia psicopatológica. No caso da *ansiedade*, verificou-se uma associação com a *idade* do próprio progenitor: pais mais velhos de crianças com deficiência vivenciam maior ansiedade. Apesar de uma idade mais madura facilitar a aquisição de novas competências para lidar com a situação, pode envolver, também, o acumular de mais experiências stressantes que aumentem os níveis de ansiedade. Os pais mais velhos podem, também, preocupar-se mais com o futuro dos seus filhos o que pode aumentar a ansiedade.

Nas mulheres a *situação face ao trabalho* associou-se à *depressão*: mulheres desempregadas/de baixa apresentam níveis mais elevados de *depressão*, indo ao encontro do estudo de Miranda (2012) que verificou diferenças em função da situação profissional dos pais: os que não estavam empregados apresentavam menor bem-estar psicológico. Apesar da maioria da nossa amostra apresentar vida profissional ativa, o facto de a criança estar inserida em *enquadramento socioeducativo* mostrou associação com a *ansiedade* no caso das mulheres. Apesar dos benefícios das famílias quanto à *sobrecarga* (aumento dos seus tempos livres), pode emergir *ansiedade* de separação à criança, porque a prestação de cuidados é fornecida por elementos externos a rede social de suporte primária. Turnbull & Blacher - Dixon (1980) enunciam que a entrada da criança com deficiência numa estrutura de ensino regular despoleta nos pais o confronto com a deficiência da criança vs. pares da mesma faixa etária, contactos sociais estigmatizantes, diminuição do interesse comum com outros pais e eventual perda de serviços de apoio à criança. Ainda nas mulheres, o *stress* associou-se à *ajuda a cuidar*, contrariando os estudos que mostram que o apoio social amortece a *sobrecarga subjetiva*, principalmente o *stress* (Cohen & Wills, 1985). Porém, alternativamente, quanto maior o *stress*, maior a tendência para a família procurar ajuda.

Nas análises preditivas, nos homens, o *número de filhos* foi preditora da *depressão* e a *idade do progenitor* da *ansiedade*. Nas mães a *ajuda a cuidar do filho* e *otimismo* foram preditoras do *stress*. Níveis maiores de *otimismo* parecem proteger as mulheres quanto ao *stress*. Parece relevante promover esta variável na intervenção realizada com estas mulheres.

Não podemos deixar de referir as limitações do nosso estudo. Apesar de oferecer importantes contributos numa área com poucos estudos particularmente na análise de correlatos positivos em famílias de crianças com deficiência, tratando-se de um estudo transversal, não permite afirmar causalidade. Igualmente nem todas as famílias acompanhadas pela equipa participaram e ficou implícita a questão da desejabilidade social. Também não foi possível a utilização de uma medida de *stress parental*. O único instrumento que encontrámos validado para a população portuguesa (*PSI- Índice de Stress Parental* – Abidin, 1983, 1990; Santos, 2003) não era aplicável à faixa etária da nossa amostra.

A dificuldade implícita à deficiência na criança no seio de uma família é bem conhecida. A *resiliência* e o *otimismo* podem ajudar a reduzir a sobrecarga subjetiva (*stress*, *ansiedade*, *depressão*) dos pais. Famílias mais *otimistas* e *resilientes* enfrentarão as situações mais stressantes com respostas mais eficazes. As evidências sobre adaptações positivas mostram que experiências vividas pelos pais perante a deficiência contribuem para que se tornem mais fortes (Wikler, Wasow & Hatfield, 1983), contribuindo para o crescimento pessoal (Abbott & Meredith, 1986). A presença de constructos psicológicos positivos é determinante na intervenção precoce (perspectiva centrada na família), sendo essencial priorizar as necessidades e as preocupações da família e desenvolver as suas competências. É decisivo que os técnicos cooperem com as famílias na identificação dos seus recursos (Shonkoff e Meisels 2000). O *modelo ABCX* duplo de *stress* familiar enfatiza a capacidade da família se adaptar a uma situação de *stress* e de se reestruturar, focando os recursos e esforços para ativar/adquirir novos recursos através de crenças positivas. Este estudo confirma a importância da “ativação” dos mesmos (pelo menos nas mulheres e quanto ao otimismo).

Dado que a sinalização das crianças para o SNIPI é baseada nos critérios da CIF, que enfatiza a questão da funcionalidade e os fatores contextuais, quando consideramos o indivíduo que estamos a acompanhar, podendo o ambiente funcionar como facilitador/barreira da funcionalidade/incapacidade da criança, devemos procurar apoiar as famílias no sentido de se tornarem facilitadoras da funcionalidade da criança. Importa valorizar os *fatores protetores* ao enfrentar a adversidade, reconhecendo as singularidades, crenças/valores e prioridades de cada família. O objectivo é promover condutas *otimistas* e *resilientes*, para promover a adaptação positivas reduzindo o *stress* e os fatores de risco: consciencialização da problemática, promovendo a aceitação; trabalho do luto/vergonha/culpa; alteração comportamental com estratégias de pensamento positivo (*otimismo*); desenvolvimento de estratégias de *coping* funcionais; promoção de capacidades para aumento das expectativas face ao futuro; psicoeducação para diminuir a psicopatologia; contactos regulares com grupos de pais/associações; incremento de emoções positivas: amor, felicidade, e esperança; inclusão de atividades promotoras da saúde psíquica para saída das “redomas”, abertura ao exterior e alargamento das redes sociais (e.g. atividades de lazer e psicoterapia positiva).

Em estudos futuros será importante avaliar as famílias em momentos distintos para analisar alterações na *sobrecarga objetiva*, sendo imprescindível a avaliação no período imediatamente após o diagnóstico da deficiência. Seria determinante alargar a amostra a outras Equipas Locais de Intervenção. Poderia ser importante avaliar os estilos de *coping* utilizados, atribuindo-lhes sentido e colocando-os a favor das famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, D. A., & Meredith, W. H. (1986). Strengths of parents with retarded children. *Family Relations*, 35, 371-375.
- Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios familiares – Uma Visão Sistémica*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto.
- Albuquerque, M. (1996). *A criança com deficiência mental ligeira*. Tese Doutoramento Psicologia. Universidade de Coimbra.
- Albuquerque, S; Fonseca, A; Pereira, M; Canavarro, M. (2012). *Impacto familiar e ajustamento de pais de crianças com diagnóstico de anomalia congénita: influência dos determinantes da criança*. Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Almeida, T & Sampaio, F. (2006). Suporte Social e Stress em famílias de indivíduos com paralisia cerebral – impacto das habilitações literárias dos familiares e do nível funcional dos pacientes. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 3, 199-206.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais*. 4ª Edição Revista. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anaut, M. (2005). *A Resiliência, ultrapassar os traumatismos* (1a Ed). Psicologia de Bolso. Lisboa: Climepsi Editores.
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C. & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871.
- Apóstolo, J. L. A., Tanner, B. A., & Arfken, C. L. (2012). Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale-21. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (3), 1-7.
- Augusto, C. (2010). *Resiliência das Famílias com Crianças com Necessidades de Cuidados Especiais*. (1ª Ed). Acedido em, 3 de março, 2013, em, <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>.
- Baker, B., Blacher, J. & Olsson, M. B. (2005). Preschool Children with and without developmental delay: behavior problems, parents optimism and well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (8), 575-590.
- Beckman, P. J. (1991). Comparison of mothers and fathers perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 95, 585-595.

Blacher, J., Baker, B. (2007). Positive Impact of Intellectual Disability on Families. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 112, 330-348.

Black, K. & Lobo, M. (2008). A conceptual Review of Family Resilience Factors. *Journal of Family Nursing*, 14, 33-55.

Boss, P. (2002). *Family Stress Management: A Contextual Approach*. 2nd ed. London: Sage Publications. Acedido em 17 fevereiro, 2013, em <http://books.google.pt>.

Brannan, A. M., Heflinger, C. A., & Bickman, L. (1997). The Caregiver Strain Questionnaire: Measuring the impact on the family of living with a child with serious emotional disturbance. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5(4), 212-222. doi:10.1177/106342669700500404.

Bristol, M. M. (1979). *Maternal coping with autistic children: Adequacy of interpersonal support and effects of child's characteristics*. University of North Carolina, Chapel Hill.

Clarke, D. & Beck, A. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. John Wiley & Sons Inc, New York.

Coelho e Coelho (2001). Impacto Psicossocial da deficiência mental. *Revista portuguesa psicossomática*, 3, 123-143.

Cohen, J. (1992). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, S., Wills, T. (1985). Stress, Social Support and Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357. Doi: 10.1037//0033-2909.98.2.310.

Decreto-Lei n.º 281/2009. Diário da República, 1ª série, n.º 193 de 6-10-2009.

Febra, M. (2009). *Impactos da Deficiência Mental na Família*. Dissertação de Mestrado Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Fonseca, A., Pereira, M., Nazaré, B., Canavarro, M. (2011). *Estudos Psicométricos da versão Portuguesa da Escala de Impacto familiar*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. *Laboratório de Psicologia*, 9 (2), 173-187.

Gabinete da Secretaria de Estado Adjunta e da Reabilitação. (2006). *1º Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Acedido em, 10 de janeiro, 2013, em <http://www.inr.pt/>.

Garmezy, N. & Masten, A. (1991). *The protective role of competence indicators in children at risk*, in E. Cummings e col. *Perspective on stress and coping* (pp. 151-174). Hilldale, NJ: Erlbaum Associates.

Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaption to negative life events and stressed environments. *Pediatric annals*, 20, 459-466.

Gomes, A. M. P. (2006). *A importância da Resiliência na (re) construção das famílias com filhos portadores de deficiência*. O papel dos profissionais da Educação / Reabilitação. Saber (e) Educar 11.

Gronita, J. (2008). *O Anúncio da Deficiência da Criança e as suas Implicações Familiares e Psicológicas*. Lisboa: Instituto nacional para a Reabilitação, IP.

Gupta, A., Singhal, N. (2004). Positive Perceptions in parents of children with disabilities. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 15, 22-30.

H. Brookes, In Turnbull, P., Turnbull, R. (1986). *Family Functions in Families, Professionals, and Exceptionality: Especial Partnership*. Columbus, OH: Merrill.

Hill, R. (1949). *Families under Stress: Adjustment to the crises of war separation and reunion*. New York: Harper & Brothers.

Hill, R. (1958). Social stresses on the Family. Generic features of families under stress. *Social Casework*, 49, 139-150.

Hunfeld, Tempels, Passchier, Hazebrock, & Tibboel (1999). Brief report: parental burden and grief one year after the birth of a child with a congenital anomaly. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 515-520.

Jardim, J., Pereira, A., (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia Prático para a Mudança Positiva*. Porto: Edições Asa.

Lawoko, S., & Soares, J. J. F. (2002). Distress and hopelessness among parents of children with congenital heart disease, parents of children with other diseases, and parents of healthy children. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 193-208. doi:10.1016/S0022-3999(02)00301-X.

Lazarus, R., Folkman, S., (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York Springer.

McCubbin, H. I., Patterson, J. M. (1983). *The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation*. In H. I. McCubbin, M. B. Sussman & J. M. Patterson (Eds.), *Social stress and the family: Advances and developments in family stress theory and research*. New York: Haworth.

McCubbin, H; McCubbin, M. (1996). *Resiliency in families: a conceptual model of family adjustment and adaption in response to stress and crisis*. In McCubbin et al (eds).

Family assessment: resiliency, coping and adaption: inventories of research and practice. (pp. 1-64). Madison: University of Wisconsin.

Minuchin, S. (1979). *Familles en Thérapie*. Paris: Ed. J. P. Delarge.

Miranda, P. (2012). *Bem-estar Psicológico, Stress Parental, Qualidade de Vida e Suporte Social: Um estudo com pais de crianças portadoras de Paralisia Cerebral*. Dissertação Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade do Minho.

Moes, D., Koegel, R. L., Schreibman, L., & Loos, L. M. (1992). *Stress profiles for mothers and fathers of children with autism*. *Psychological Reports*, 71, 1272-1274. doi:10.2466/pr0.1992.71.3f.1272.

Monteiro, S., Tavares, J., Pereira, A., Silva, C. F. (sd). *Contribuição para análise psicométrica e estrutural do Life Orientation Test – Revised numa amostra de estudantes universitários*. Universidade de Aveiro

Mullins, J. (1987). Authentic Voices from Parents of Exceptional Children. *Family Relations*, 36, 30-33.

Nubila, D. (2008). O papel das classificações OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública. Universidade São Paulo*, 11 (2), 324-335.

Oliveira, B. J. (2009). Resiliência e Controle de Stress em juízes e serviços públicos. Teorias, Pesquisas e Estudos de Casos. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 77 (2, 9), 287-306.

Oliveira, J. H. B. (2010). *Psicologia Positiva – Uma nova Psicologia* (pp. 66-73). Porto: LivPsic.

Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Direção geral de saúde. Acedido em 7 de dezembro, 2012, em <http://pt.scribd.com/doc/136905078/CIF-port2004>

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.

Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows* (Version 15). Open University Press. McGraw Hill Education.

Patterson, J. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of marriage and family*, 64 (2), 349-360.

Peixoto, M.; Martins, T. (2012). Adaptação do Perfil de Resiliência Familiar à População Portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 372 – 388.

Pereira, F. (1996). *As representações dos Professores de Educação Especial e as Necessidades das Famílias*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência: Lisboa.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N., (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS (5ª Ed)*. Lisboa: Edições Silabo.

Peterson, C. (2000). *Optimistic explanatory style and health*. In: The Science of Optimism and Hope: Research Essays in Honor of Martin E.P. Seligman (ed. J. E. Gillham), pp. 154-62. Templeton Foundation Press, Philadelphia, PA.

Santos, S. V. (1998). A importância da criança com deficiência crónica: Abordagem de algumas características. *Análise Psicológica I (XVI)*, 65-75.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical wellbeing: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.

Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (2000). Optimism, Pessimism, and Psychological Well-Being. In E.C Chang (Eds.), *Optimism and Pessimism*. Washington, DC: American Psychological Association.

Segerstrom S. (2001). Optimism and attentional bias for negative and positive stimuli. *Journal Personality and Social Psychology*, 27, 1334 – 43.

Segerstrom, S.C., Taylor, S.E., Kemeny, M.E., & Fahey, J.L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646-1655.

Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (2000). *Handbook of early intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Silva, A. (2006). *Indicativos de resiliência na trajetória das famílias com necessidades especiais*. Dissertação de Pós-Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho. Universidade do Vale do Itajaí.

Smith, L. E., Seltzer, M. M., Tager-Flusberg, H., Greenberg, J. S., & Carter, A. S. (2008). A comparative analysis of toddlers and mothers of adolescents with ASD. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 38(5), 876-889. doi:10.1007/s10803-007-0461-6.

Sousa, S., Pires, A. (2003). Comportamento materno em situações de risco: mães de crianças com paralisia cerebral. *Psicologia, saúde & Doenças*, 4 (1), 111-130.

Strnadová, I. (2006). Stress and resilience in families of children with specific learning disabilities. *Revista Complutense Educação*, 17, 35-50.

Summers, J., Behr, S., Turnbull, A., B (1988). *Positive Adaption and Coping Strenths of Families Who Have Children with Disabilities*. In G.H.S. Singer & L.K. Irvin (Eds.). *Support for caregiving families: Enabling positive adaptation to disabilities* (pp. 27-40). Baltimore: Paul.

Trevino, F. (1979). Siblings of handicapped children: Identifying those at risk. *Social Casework*, 60, 488-493.

Turnbull, A. P., & Blacher-Dixon, J. (1980). Preschool mainstreaming: Impact on parents. *New Directions for Exceptional Children*, 1, 25-46.

Walsh, F. (2002). *Family resilience framework: innovantive practice applications*. *Family relations*, 51 (2), 130-138.

Wikler, L., Wasow, M., & Hatfield, E. (1983). Seeking Strengths in families of developmentally disabled children. *Social Work*, 313-315.

ANEXOS

Anexo I

Decreto Lei nº 281/2009

Anexo II
Teste de Orientação de Vida

Anexo II- Teste de Orientação de Vida (LOT - R – Scheier, Carver, & Bridges, 1994;
Versão Portuguesa: Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006)

Código



Seguem-se algumas afirmações que pretendem avaliar o **Otimismo Disposicional**. Por favor seja o mais honesto e preciso possível. Tente que a sua resposta a uma questão não influencie as suas respostas às outras questões. Não existem respostas certas ou erradas. **Responda de acordo com os seus sentimentos, mais do que de acordo com o que acha que a maioria das pessoas iria responder.**

| | Discordo muito | Discordo pouco | Nem Concordo nem Discordo | Concordo pouco | Concordo muito |
|--|----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|
| 1. Em momentos de incerteza, espero sempre o melhor. | | | | | |
| 2. Para mim, é fácil relaxar. | | | | | |
| 3. Se houver a mínima hipótese de alguma coisa me correr mal, tenho a certeza que correrá. | | | | | |
| 4. Sou sempre otimista em relação ao meu futuro. | | | | | |
| 5. Gosto muito dos meus amigos. | | | | | |
| 6. É importante para mim manter-me ocupado. | | | | | |
| 7. Quase nunca espero que as coisas corram como eu quero. | | | | | |
| 8. Não me preocupo muito facilmente. | | | | | |
| 9. Raramente espero que coisas boas me aconteçam. | | | | | |
| 10. Em geral, espero que mais coisas boas me aconteçam do que más. | | | | | |

Anexo III

Escala de Avaliação Global da Resiliência

Anexo III -Escala de Avaliação Global da Resiliência (EAGR - Jardim, & Pereira, 2006)**Código**

Seguem-se algumas afirmações que pretendem avaliar a **sua competência na área da Resiliência**. Por favor seja o mais honesto e preciso possível. Tente que a sua resposta a uma questão não influencie as suas respostas às outras questões. Não existem respostas certas ou erradas. **Responda com o máximo possível de sinceridade a cada uma das seguintes afirmações, assinalando apenas um dos níveis com que mais se identifica.**

| | Nunca | Raramente | Algumas Vezes | Frequentemente | Quase Sempre |
|--|-------|-----------|---------------|----------------|--------------|
| 1. Perante as adversidades da vida, continuo a lutar pelos meus objetivos. | | | | | |
| 2. Mesmo em situações <i>Stressantes</i> , mantenho tranquilidade. | | | | | |
| 3. Tenho total confiança nas minhas capacidades para resolver os meus problemas. | | | | | |
| 4. Tenho conseguido superar as adversidades que a minha vida me tem colocado. | | | | | |
| 5. Consigo minimizar os efeitos negativos das adversidades. | | | | | |
| 6. Assumo os meus problemas, dando-lhes a importância que têm, sem os subvalorizar ou sobrevalorizar. | | | | | |
| 7. Quando uma situação não é passível de ser mudada, aceito esse facto com serenidade. | | | | | |
| 8. Quando a vida me coloca novos desafios, considero-os oportunidades para amadurecer. | | | | | |

Anexo IV
Escala de Impacto familiar

Anexo IV -Escala de Impacto familiar (EIF – Stein & Riessman, 1980; Versão Portuguesa: Fonseca, Nazaré & Canavarro, 2008)

Código



Seguem-se algumas afirmações que as pessoas fazem sobre **viver com uma criança com uma condição de saúde (doenças, deficiências ou outras alterações no desenvolvimento)**. Para cada afirmação, indique, por favor, se, neste momento, concorda muito, concorda, discorda ou discorda muito da afirmação.

| | Discordo muito | Discordo | Concordo | Concordo muito |
|---|----------------|----------|----------|----------------|
| 1. Devido ao problema de saúde do meu filho, não podemos viajar para fora da nossa localidade. | | | | |
| 2. As pessoas na vizinhança tratam-nos de forma particular devido ao problema de saúde do meu filho. | | | | |
| 3. Temos pouca vontade de sair devido ao problema de saúde do meu filho. | | | | |
| 4. É difícil encontrar uma pessoa de confiança para cuidar do meu filho. | | | | |
| 5. Por vezes temos de mudar os planos para sair à última hora, devido ao estado de saúde do meu filho. | | | | |
| 6. Estamos menos vezes com a família e com os amigos devido ao problema de saúde do meu filho. | | | | |
| 7. Por vezes, pergunto-me se o meu filho deveria ser tratado de forma “especial” ou como uma criança normal. | | | | |
| 8. Penso em não ter mais filhos devido ao problema de saúde do meu filho. | | | | |
| 9. Não me sobra muito tempo para outros familiares depois de cuidar do meu filho. | | | | |
| 10. A nossa família abdica de algumas coisas devido problema de saúde do meu filho. | | | | |
| 11. O cansaço é um problema para mim devido ao problema de saúde do meu filho. | | | | |
| 12. Vivo um dia de cada vez e não faço planos para o futuro. | | | | |
| 13. Ninguém compreende o fardo que eu tenho. | | | | |
| 14. Ir ao hospital é uma tensão para mim. | | | | |
| 15. Por vezes, sinto que vivemos numa montanha-russa: em crise quando o meu filho fica muito doente, e bem quando as coisas estão estáveis. | | | | |

Anexo V
Escala de Depressão Ansiedade e Stress

Anexo V - Escala de Depressão Ansiedade e Stress (DASS-21 - Lovibond&Lovibond, 1995; Versão Portuguesa: Apóstolo, 2006)

Código



Por favor, leia as seguintes afirmações e **assinale com um círculo o número (0, 1, 2, 3)** que indica quanto cada **afirmação se aplica a si durante os últimos dias**. Não há respostas corretas ou incorretas. Não demore demasiado tempo em cada resposta.

A escala de classificação é a seguinte:

0 – Não se aplicou a mim.

1 – Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo.

2 – Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo.

3 – Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo.

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|
| 1. Tive dificuldade em me calmar/descomprimir. | | | | |
| 2. Dei-me conta que tinha a boca seca. | | | | |
| 3. Não consegui ter nenhum sentimento positivo. | | | | |
| 4. Senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida ou falta de respiração na ausência de esforço físico). | | | | |
| 5. Foi-me difícil tomar iniciativa para fazer coisas. | | | | |
| 6. Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações. | | | | |
| 7. Senti tremores (por exemplo, das mãos ou das pernas). | | | | |
| 8. Senti-me muito nervoso. | | | | |
| 9. Preocupei-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo. | | | | |
| 10. Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas). | | | | |
| 11. Senti que estava agitado. | | | | |

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|
| 12. Senti dificuldades em relaxar. | | | | |
| 13. Senti-me triste e deprimido. | | | | |
| 14. Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer. | | | | |
| 15. Estive perto de entrar em pânico. | | | | |
| 16. Não me consegui entusiasmar com nada. | | | | |
| 17. Senti que não valia muito como pessoa. | | | | |
| 18. Senti que andava muito irritável. | | | | |
| 19. Senti o bater do meu coração mesmo quando não fazia esforço físico (exemplo sensação de aumento do bater do coração ou falhas no bater no coração). | | | | |
| 20. Tive medo sem uma boa razão para isso. | | | | |
| 21. Senti que a vida não tinha nenhum sentido. | | | | |

APÊNDICES

Apêndice A – Consentimento informado Intitucional (Cooperativa de Ensino e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Leiria)

Direção da Cooperativa de Ensino e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Leiria – CERCILEI,

Sou aluna do Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra. Concluí a Licenciatura em Psicologia em 2010 e encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia, Ramo de Especialização em Psicologia Clínica e Psicoterapia.

Pretendo realizar uma investigação conducente à obtenção do Grau de Mestre que apresenta como principal objetivo estudar a associação entre algumas variáveis psicológicas (como o *Otimismo*) e o *impacto familiar* sentido pelos pais de crianças atualmente apoiadas pela Equipa Local de Intervenção Precoce de Leiria (ELI-Leiria).

É neste âmbito, que venho solicitar a V. Ex.^a a indispensável colaboração, autorizando a recolha de dados junto das famílias de crianças apoiadas pela ELI-Leiria. As respostas serão tratadas de forma sigilosa e confidencial.

Enquanto funcionária desta Instituição e parte integrante desta equipa seria uma enorme honra poder contar com a autorização V. Ex.^a para concretizar este estudo. Encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento que V. Ex.^a considerem oportuno.

Grata pela atenção e disponibilidade dispensadas aguardo resposta com a maior brevidade possível.

Atenciosamente,

Leiria, _____ de _____ de _____

Joana Mateus Pinto
Contactos: 91 430 00 33
Email: joana.mateus.pinto@gmail.com

Apêndice B – Consentimento Informado para pais

Vamos pedir-lhe que leia este pequeno texto. Antes de ceder a sua autorização para participar neste estudo coloque as questões que entender.

Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga e tem como objetivo estudar a associação entre algumas variáveis psicológicas (como o *Otimismo*) e o *impacto familiar* sentido pelos pais das crianças atualmente apoiadas pela Equipa Local de Intervenção Precoce de Leiria.

Para este objetivo, necessitamos que preencha quatro questionários, de resposta rápida e um breve questionário sociodemográfico.

A sua participação é muito importante. No entanto, ela é voluntária. Todos os dados recolhidos têm a garantia de confidencialidade e servem somente para investigação científica. O investigador está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Eu, _____ li a informação acima apresentada e aceito participar neste estudo.

Leiria, _____ de _____ de _____

Joana Mateus Pinto
Contactos: 91 430 00 33
Email: joana.mateus.pinto@gmail.com

Apêndice C- Questionário Sociodemográfico

Código:



Questionário sociodemográfico

Secção I

As questões seguintes são acerca de si próprio/a:

1. Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

2. Idade: _____

3. Escolaridade:

- ☐ Sem escolaridade;
- ☐ Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade
- ☐ 1.º ciclo do ensino básico (4.ª classe);
- ☐ 2.º ciclo do ensino básico (5º/6º ano)
- ☐ 3.º ciclo do ensino básico (7º ao 9.º ano);
- ☐ Ensino secundário (10º ao 12.º ano)
- ☐ Curso superior (bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento)

4. Profissão: _____

5. Situação de trabalho:

- ☐ A trabalhar ☐ Desempregado/a ☐ De baixa

6. Qual o seu estado civil:

- ☐ Casado (a) / vive em comunhão de facto
- ☐ Separado (a) /divorciado (a) /viúvo (a)
- ☐ Nunca viveu com o pai /a mãe do /da(s) seu / sua(s) filho /a(s)

7. Tem alguma doença crónica? (*diabetes, doença respiratória, doenças cardiovasculares, doença autoimune, etc*)

☐ Sim ☐ Não

7.1 Se sim, qual?

8. O/a seu/sua marido/esposa tem alguma doença crónica? (*diabetes, doença respiratória, doença cardiovascular, doença autoimune, etc*)

☐ Sim ☐ Não

8.1 Se sim, qual?

Secção II

As questões que se seguem são sobre o seu filho acompanhado pela Equipa Local de Intervenção Precoce de Leiria (ELI – Leiria) do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e sobre a sua família:

1. Que idade tem o/a seu/sua filho/a acompanhado/a pela ELI – Leiria do SNIPI ?

_____anos_____ meses

2. Há quanto tempo é que o seu filho é acompanhado pela ELI – Leiria do SNIPI?

_____anos _____ meses

3. O/a seu/sua filho/a está inserido em algum *enquadramento socioeducativo*?

☐ Sim ☐ Não

3.1 Se sim, Qual?

☐ Creche ☐ Jardim de Infância ☐ Ama ☐ OutraQual:_____

4. Para além do seu filho acompanhado pela ELI – Leiria do SNIPI tem mais filhos?

☐ Sim ☐ Não

4.1. Se sim, quantos:_____

4.2. Se sim, mais algum dos seus filhos é acompanhado pela ELI – Leiria do SNIPI?

☐ Sim ☐ Não

4.2.1. Há quanto tempo:

_____ anos _____ meses

5. Por quantas pessoas é composto o seu agregado familiar?

5.1. Quais são as pessoas que o compõem?

5.2. Alguma das pessoas do agregado familiar o/a ajuda a cuidar do seu filho, acompanhado pela ELI – Leiria do SNIPI?

☐ Sim ☐ Não

5.2.1.Quais?

Secção III

As questões seguintes são sobre os apoios formais e informais que recebe

1.Recebe apoio emocional ou instrumental/prático por parte de amigos/outros familiares/outros serviços ou pessoas que não da ELI –Leiria do SNIPI?

☐ Sim ☐ Não

1.1.Quem?_____

Joana Mateus Pinto
Contactos: 91 430 00 33
Email: joana.mateus.pinto@gmail.com

