Instituto Superior Miguel Torga

Bem-Estar Parental, Coparentalidade, Funcionamento e Resiliência Familiares:

Estudo com famílias com crianças e jovens com Perturbação do Espetro do Autismo

Dissertação

Mestrado em Psicologia Clínica

Especialização em Terapias Familiares e Sistémicas

Eliana Francisco Lopes

Coimbra, 2025

MIGUEL TORGA

CIM RC
COMUNIDADE INTERMUNICIPAL
REGIÃO DE COIMBRA

Bem-Estar Parental, Coparentalidade, Funcionamento e Resiliência Familiares

Eliana Francisco Lopes

Mestrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias Familiares e Sistémicas

Orientadora: Professora Doutora Joana Sequeira

Coimbra, 2025

Agradecimentos

Mais do que o término de um ciclo académico, esta dissertação simboliza uma viagem de crescimento. Como em qualquer sistema, este caminho só foi possível graças às relações que o sustentaram e às pessoas que, de diferentes formas, lhe deram sentido.

À Professora Doutora Joana Sequeira, agradeço pela orientação rigorosa, pela confiança e pela sensibilidade com que guiou cada etapa deste trabalho. O seu olhar sistémico e humano ajudou-me a compreender que, tal como nas famílias, o processo científico também se constrói em relação, com equilíbrio, flexibilidade e empatia.

À Professora Daniela Sousa, deixo um agradecimento muito especial. Este percurso não teria sido o mesmo sem a sua presença constante e o seu apoio incansável. A sua disponibilidade incondicional, a forma generosa como partilhou o seu conhecimento e a serenidade com que guiou cada etapa do processo foram fundamentais para o crescimento deste trabalho, bem como para o meu crescimento pessoal.

À Professora Doutora Inês Pimentel, que me acompanhou durante o estágio curricular, agradeço por ter acreditado em mim e por todo o apoio ao longo deste percurso. Apesar das dificuldades que surgiram, mostrou-me que este é apenas o início de uma jornada que está agora a começar — um caminho de aprendizagem contínua e de compromisso.

Ao Professor Marco Ferreira, que me ensinou nos primeiros anos o verdadeiro significado de educar com amor, deixo um agradecimento cheio de ternura. O seu exemplo mostrou-me que a educação vai muito além dos conteúdos — é feita de paciência e empatia. A forma como acreditava em cada aluno, valorizando o esforço e o potencial de cada um, despertou em mim o interesse pela psicologia e pela importância de ensinar e aprender em relação.

Aos meus amigos, agradeço por serem a minha rede de suporte fora da faculdade. Através da psicologia aprendi que o bem-estar nasce nas relações seguras, na partilha e no sentimento de pertença. A vossa presença foi, e continua a ser, uma das minhas bases mais sólidas de confiança e crescimento.

Aos meus pais e irmãos, devo o maior agradecimento. Foram, e continuarão a ser, o meu sistema mais seguro. Obrigada por me ensinarem, desde sempre, o valor do esforço, da empatia e do amor incondicional. A vossa presença constante foi o espelho de tudo aquilo que, como futura psicóloga sistémica, reconheço como essencial — um vínculo que dá sentido, estrutura e coragem.

Resumo

A Perturbação do Espetro do Autismo (PEA) constitui uma condição do neurodesenvolvimento que, pela sua complexidade e impacto, afeta de forma significativa o funcionamento e a dinâmica familiar. O presente estudo teve como objetivo investigar as perceções de pais de crianças e jovens com PEA, nas dimensões do bem-estar parental, da coparentalidade, do funcionamento e resiliência familiar, bem como identificar as variáveis familiares que predizem o bem-estar parental. A amostra foi constituída por 122 cuidadores parentais (94 mulheres e 28 homens), com idades entre os 30 e os 65 anos (M = 45.03; DP = 5.98), residentes em Portugal. A recolha de dados foi realizada através da plataforma Neurohab, utilizando instrumentos de autorresposta, a Medida Breve de Bem-Estar Parental, o Questionário de Coparentalidade, a Escala de Avaliação da Coesão e da Flexibilidade Familiar (FACES IV) e o Questionário de Resiliência Familiar de Walsh. Os resultados revelaram níveis moderados de bem-estar parental, funcionamento e resiliência familiar, sugerindo uma adaptação globalmente positiva das famílias face às exigências associadas à PEA. Verificaram-se diferenças significativas no bem-estar parental em função do sexo e do nível de escolaridade, e a análise de regressão múltipla hierárquica demonstrou que a coesão, a flexibilidade e os padrões organizacionais familiares foram preditores significativos do bem-estar parental, explicando o modelo global cerca de 43% da variância total. Conclui-se que famílias emocionalmente coesas, flexíveis e organizadas apresentam maior capacidade de ajustamento e bem-estar, confirmando os pressupostos dos modelos sistémicos de Olson (2011) e Walsh (2003, 2012). Os resultados reforçam a importância de intervenções centradas na família, que promovam a comunicação, o suporte mútuo e a estruturação flexível das rotinas, contribuindo para a adaptação e o bem-estar dos cuidadores parentais.

Palavras-chave: Perturbação do Espetro do Autismo; Bem-estar Parental; Coparentalidade; Funcionamento Familiar; Resiliência Familiar.

Índice

Introdução.....1

Métodos.....7

Resultados.....16

Discussão dos Resultados.....25

Conclusão.....28

Referências Bibliográficas.....29

Introdução

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma condição do neurodesenvolvimento que se caracteriza por dificuldades na comunicação e interação social, bem como pela presença de comportamentos ou interesses específicos, restritos e repetitivos (American Psychiatric Association, 2013). As perturbações do neurodesenvolvimento manifestam-se geralmente no início de vida, durante o período de desenvolvimento. Tratando-se de um período precoce, as famílias são, muitas vezes, as primeiras a identificar comportamentos fora do comum nos seus filhos e a procurar intervenções adequadas. Adicionalmente, as crianças com PEA exigem das famílias um envolvimento acrescido em todas as etapas do seu desenvolvimento, desde o estabelecimento do diagnóstico até à difícil tomada de decisões sobre tratamentos e à necessidade de suporte contínuo, o que representa um desafio permanente para estas famílias (Lei, 2018). À medida que comportamentos atípicos começam a ser reconhecidos pelos pais, surge rapidamente a procura pelos recursos certos para diagnosticar e tratar os sintomas relacionados com a perturbação, de modo a promover o desenvolvimento emocional, intelectual, social e relacional da criança.

Após o diagnóstico de autismo, os pais podem passar por um processo de luto pela perda de um filho "saudável" (Walsh, 2003). De acordo com Goodwin et al. (2021), a experiência diagnóstica de famílias de crianças no espectro do autismo é marcada por incertezas que geram sentimentos de tristeza, frustração e preocupação nos cuidadores. De forma semelhante, Azubuike et al. (2024) destacam que os cuidadores enfrentam medo, descrença e dificuldades de acesso a informação e apoio, fatores que contribuem para insegurança e sobrecarga emocional. Kurzrok et al. (2021) acrescentam que a perceção de autoeficácia parental é um fator crucial na regulação do bem-estar, influenciando o envolvimento parental nas intervenções e a perceção de competências parentais. Num estudo que comparou o stress parental em mães de crianças com síndrome de Down e PEA, as mães de crianças com PEA apresentaram níveis mais baixos de bem-estar psicológico e capacidade de *coping* (Abbeduto et al., 2004). Os estudos indicam que o processo de diagnóstico de PEA pode ser particularmente desafiante para os pais, em comparação com outras perturbações, devido à experiência de incerteza que surge associada à ambiguidade do próprio diagnóstico e à ausência de apoio familiar no desenvolvimento da criança (Myers et al., 2021). Segundo Daniels e Mandell (2014), a identificação precoce do autismo é frequentemente dificultada pela sobreposição de sintomas com outros problemas do desenvolvimento, o que contribui para

atrasos significativos na confirmação diagnóstica; assim, dada a presença de atrasos desenvolvimentais (e.g., na linguagem, comunicação e psicomotricidade), muitas crianças acabam por receber inicialmente o diagnóstico de atraso global do desenvolvimento psicomotor, enquanto o diagnóstico de PEA permanece em estudo. Por conseguinte, o diagnóstico leva meses ou até mesmo anos a ser "fechado".

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (APA, 2018), as crianças com PEA enfrentam dificuldades diárias na adaptação a novas tarefas e rotinas, bem como na expressão e compreensão emocional. Estas limitações têm um impacto significativo nas relações familiares, no contexto educativo e nas interações sociais. Para os cuidadores, estas dificuldades podem gerar sentimentos de negação, medo, culpa e angústia, além de níveis elevados de stress, ansiedade e sintomas depressivos (APA, 2018; Kotera et al., 2021).

Embora o diagnóstico possa ser feito a partir dos 18-24 meses, a maioria dos estudos epidemiológicos centra-se em crianças em idade escolar (Zeidan et al., 2022). A prevalência da PEA tem aumentado globalmente nas últimas décadas, em parte devido à maior consciencialização social, ao alargamento dos critérios diagnósticos e ao aumento da capacidade dos serviços de saúde para identificar casos (Zeidan et al., 2022). Em Portugal, um estudo realizado na região Centro, no âmbito do projeto ASDEU, estimou uma prevalência de 0.5% em crianças entre os 7 e os 9 anos (Rasga et al., 2020). A nível mundial, a prevalência de PEA no sexo masculino é superior, sendo identificados, em média, cerca de quatro rapazes para uma rapariga (Zeidan et al., 2022).

O bem-estar parental em famílias de crianças com PEA tem sido amplamente estudado devido ao seu impacto na adaptação familiar e na qualidade de vida dos cuidadores. Estes pais tendem a apresentar níveis mais elevados de stress, depressão e ansiedade do que pais de crianças com desenvolvimento típico (Hayes & Watson, 2013; Mathew et al., 2019). O stress parental associa-se de forma consistente a sintomas de ansiedade e depressão, refletindo uma sobrecarga emocional significativa (Kotera et al., 2021; Walton, 2019).

Este impacto estende-se às relações conjugais e familiares, contribuindo para maior distância emocional e isolamento social. Intervenções focadas na família, como a Terapia Focada nas Emoções (EFT), mostraram reduzir o stress conjugal e fortalecer a coesão familiar, com efeitos duradouros (Lee et al., 2017). Estes resultados evidenciam a importância de abordagens familiares no apoio à adaptação e ao bem-estar dos cuidadores.

A investigação de Chaki e Faran (2025) demonstra como características culturais e socioeconómicas influenciam a experiência do diagnóstico e as estratégias de adaptação

familiar, salientando a importância de uma abordagem culturalmente sensível. Assim, a inclusão destas dimensões permite uma leitura mais abrangente, complexa e contextualizada da parentalidade em famílias com membros com PEA. As variáveis sociodemográficas, como sexo, qualificações académicas, estado civil ou o acesso a redes de suporte, são fatores contextuais que influenciam o bem-estar parental e o funcionamento familiar. A investigação evidencia que mães de crianças com PEA tendem a relatar níveis mais elevados de stress e sobrecarga psicológica do que os pais, relacionadas com maiores responsabilidades que assumem nas tarefas de cuidado quotidianas (Giannotti et al., 2021; Van Niekerk et al., 2023). As qualificações académicas surgem como uma variável moderadora do impacto do diagnóstico de PEA, pais com qualificações académicas mais elevadas tendem a apresentar maior autoeficácia e a recorrer a estratégias de *coping* mais adaptativas (Dardas & Ahmad, 2014; Ekas, Lickenbrock, & Whitman, 2010; Mathew et al., 2019).

Além disso, o acesso a serviços de saúde especializados, a disponibilidade de suporte institucional e a participação em programas parentais revelam-se determinantes na redução do impacto emocional (McConkey et al., 2023). Apesar destes benefícios, alguns estudos indicam que intervenções excessivamente intensas ou mal-adaptadas podem contribuir para sobrecarga e aumento do stress dos cuidadores. Por exemplo, Rodríguez et al. (2022) observaram que a severidade da PEA está associada a maiores níveis de sobrecarga parental, enquanto Sartor et al. (2023) identificaram que as numerosas exigências logísticas e terapêuticas, quando combinadas com estratégias de *coping* disfuncionais, intensificam o stress dos pais. Estes resultados sugerem que, para além da disponibilização de terapias, é fundamental assegurar que os programas sejam realistas, acessíveis e ajustados às capacidades e limites das famílias.

Neste sentido, a investigação sobre famílias com membros com PEA evidencia a relevância de uma abordagem sistémica, uma vez que o bem-estar familiar está profundamente interligado ao desenvolvimento, à qualidade de vida e às relações da criança. Assim, torna-se essencial que o processo diagnóstico e as intervenções considerem o contexto familiar e comunitário, de modo a promover benefícios não apenas para a criança, mas também para os seus cuidadores e familiares, como salientam as intervenções familiares no autismo (Spain et al., 2017).

Existem múltiplos fatores que contribuem para o funcionamento familiar em contextos de adversidade. Segundo Olson (2000), a coesão e flexibilidade são dimensões centrais. A coesão refere-se aos vínculos emocionais e à proximidade entre os membros da família, promovendo união sem comprometer a autonomia (Olson & Gorall, 2003; Lei, 2018). A flexibilidade diz respeito à capacidade de adaptação e organização perante desafios, através de

papéis e limites claros (Olson & Gorall, 2003). De acordo com o Modelo Circumplexo (Olson, 2011), níveis equilibrados de coesão e flexibilidade estão associados a um funcionamento familiar saudável, com melhor comunicação e maior satisfação. Além disso, a qualidade da relação conjugal tem sido identificada como um fator protetor essencial em famílias com crianças com PEA, associando-se a menor stress parental e a dinâmicas familiares mais adaptativas (Figueiredo et al., 2025).

Após o diagnóstico de PEA, os familiares destas crianças/jovens experienciam, muitas vezes, sentimentos de choque, negação, tristeza, ansiedade, medo e raiva, sendo um grande teste à capacidade adaptativa da família, à sua flexibilidade e coesão (Lei, 2018). Ainda de acordo com Lei (2018), no seu estudo sobre a coesão e a flexibilidade familiar, os cuidadores de crianças com PEA apresentam níveis altos de coesão familiar comparativamente a familiares de crianças com desenvolvimento neurotípico, enquanto a flexibilidade familiar foi significativamente inferior.

A literatura tem mostrado que a coesão e a qualidade comunicacional familiar estão associadas a menores níveis de stress parental e maior satisfação (Flippin & Hahs-Vaughn, 2019). Em famílias de crianças com PEA, interações conjugais positivas — caracterizadas por comunicação clara e suporte mútuo — contribuem para reduzir o stress parental e fortalecer a resiliência, enquanto interações negativas tendem a intensificar as dificuldades familiares (Hartley et al., 2018). Por sua vez, padrões familiares equilibrados, que combinam flexibilidade e coesão, contribuem para melhor perceção de funcionamento e menor sintomatologia parental também na população em geral (Sequeira et al., 2021).

Outra dimensão essencial do funcionamento familiar é a coparentalidade, entendida como a cooperação, coordenação e apoio mútuo entre cuidadores na educação da criança (Downes & Cappe, 2021). Trata-se de um processo parental, distinto da relação conjugal, que envolve influências recíprocas entre pais e filhos, afetando tanto os comportamentos parentais como as dinâmicas familiares (McHale et al., 2004; Downes & Cappe, 2021).

O modelo apresentado por Margolin et al. (2001), sugere três dimensões da coparentalidade – cooperação, conflito e triangulação. A cooperação refere-se ao apoio e respeito entre os pais ao exercerem as suas funções parentais. O conflito representa a frequência e gravidade de discussões ou desentendimentos entre os pais a respeito da educação dos filhos. Por último, a triangulação corresponde a um processo disfuncional no qual as fronteiras entre os subsistemas parental e filial são distorcidas, esta ação ocorre quando um dos pais, ou ambos, envolvem a criança em conflitos ou dinâmicas que deveriam ser restritas ao subsistema parental

ou conjugal, criando uma aliança entre o pai/mãe e o filho contra o outro (Pedro & Ribeiro, 2015).

Ao longo das últimas duas décadas, a coparentalidade surge associada ao desenvolvimento social, emocional e cognitivo de crianças com desenvolvimento atípico. Um estilo de coparentalidade caracterizado por elevados níveis de apoio e cooperação parece proporcionar a crianças com PEA mais jovens, melhores competências na compreensão de sentimentos e emoções dos seus pares (Downes & Cappe, 2021). O estudo de Downes & Cappe (2021) revelou que as crianças, na idade pré-escolar, de famílias com uma coparentalidade mais cooperativa apresentam melhores competências de regulação emocional e ajustamento social, como também menor incidência de conflito conjugal e reforço da coesão familiar. Por outro lado, dinâmicas marcadas por conflito, triangulação ou afastamento por parte de um dos pais tendem a intensificar o stress dos cuidadores, com impacto também na estabilidade emocional da criança (Chan & Leung, 2020; Margolin et al., 2001). Ainda de salientar a associação entre níveis elevados de stresse e uma coparentalidade negativa entre casais que foi, de forma geral, mais forte nos pais-homens do que nas mães (Downes & Cappe, 2021).

O estudo de Slonim et al. (2025), realizado com pais de crianças em idade pré-escolar com PEA, demonstra que representações coparentais negativas tendem a refletir-se em interações menos colaborativas entre os cuidadores, dificultando a implementação de estratégias consistentes na gestão do comportamento da criança e contribuindo para dinâmicas familiares menos ajustadas, maior vulnerabilidade e disfunção relacional. De forma complementar, outro estudo demonstrou que a qualidade da coparentalidade exerce um papel crucial no ajustamento familiar, Pan et al. (2025) evidenciaram que níveis mais elevados de cooperação estão associados a melhores competências de regulação emocional e a maior desenvolvimento de comportamentos sociais positivos nas crianças.

Apesar dos desafios associados à PEA, as famílias continuam a construir as suas vidas apesar do diagnóstico. De acordo com Knestrict e Kuchey (2009), as famílias com filhos com PEA que conseguem manter uma identidade familiar para além da condição e do diagnóstico dos filhos são consideradas famílias resilientes. Esta resiliência traduz-se não apenas na preservação de uma visão positiva da família, mas também na capacidade de nutrir esperança, investir em práticas espirituais ou de significado pessoal e construir redes de apoio sólidas. Os autores salientam ainda a relevância de estabelecer relações colaborativas com profissionais e de reestruturar a vida familiar de forma a encontrar novos significados, permitindo enfrentar os desafios associados à PEA e, simultaneamente, fortalecer a coesão e o bem-estar familiar.

A resiliência refere-se à adaptação positiva perante adversidade ou stress (APA, n.d.), inicialmente associada a recursos individuais e competências pessoais (Kotera et al., 2021), e posteriormente à capacidade familiar de enfrentar desafios e crescer em contextos desfavoráveis (Herdiana et al., 2018). Segundo Walsh (2003), trata-se de um processo dinâmico que afeta o sistema familiar e cada um dos seus membros, permitindo respostas construtivas e recuperação a partir da experiência vivida.

No modelo de Walsh (2006), a resiliência familiar baseia-se em três processos centrais: o sistema de crenças, que molda a interpretação das crises; os padrões organizacionais, que envolvem flexibilidade, conexão e recursos sociais e económicos (Walsh, 2012); e a comunicação e resolução de problemas, que inclui clareza, partilha emocional e cooperação.

Nas famílias com crianças com PEA, a resiliência tem sido apontada como um importante preditor de saúde mental (Walsh, 2003), associando-se a bem-estar psicológico, menor stress, melhores relações conjugais e maior satisfação com a vida (Ilias et al., 2019; Flores-Builds & Andrés-Roqueta, 2022; Kotera et al., 2021). Famílias com níveis mais elevados de resiliência tendem a apresentar melhor funcionamento global e maior capacidade de adaptação face à adversidade.

O estudo de Flores-Builds e Andrés-Roqueta (2022) destaca a importância de fatores individuais da criança e contextuais dos cuidadores nos mecanismos de resiliência familiar. O desenvolvimento da linguagem e a perceção emocional das crianças surgem como preditores relevantes da adaptação parental, com níveis de resiliência mais elevados em famílias de crianças com PEA do que noutras condições do neurodesenvolvimento. Além disso, a idade da criança e o apoio formal percecionado (profissional e associativo) revelaram-se fatores protetores importantes. Num estudo posterior, Flores-Builds et al. (2023) confirmam que a resiliência parental protege a saúde mental dos cuidadores, associando-se a menor ansiedade, stress e depressão. Suporte interpessoal, integração em redes de apoio, atividade laboral e composição familiar também desempenham um papel modulador no ajustamento emocional.

Para concluir, tendo em conta uma perspetiva sistémica, é importante salientar que, em contextos de adversidade, o bem-estar de uma família depende da capacidade da família aceder aos recursos e competências necessárias para se superar e desenvolver, bem como da capacidade de adaptação de outros sistemas de modo a dar resposta às necessidades das famílias (Ungar, 2016). Adicionalmente, investigadores e clínicos destacam a família como um contexto significativo na vida das crianças com PEA e enfatizam a importância de a incluir no processo de tratamento (Wampler & Mcwey, 2020).

Deste modo, com base na evidência científica, espera-se identificar como preditores do bem-estar parental variáveis como a qualidade da coparentalidade (Downes & Cappe, 2021), a resiliência familiar (Kotera et al., 2021; Flores-Builds & Andrés-Roqueta, 2022) e a coesão e flexibilidade familiar (Olson, 2011; Sequeira et al., 2021). Adicionalmente, poderão verificar-se diferenças associadas a variáveis contextuais, como o sexo dos cuidadores (Giannotti et al., 2021; Van Niekerk et al., 2023), as qualificações académicas (Mathew et al., 2019; Dardas & Ahmad, 2014; Ekas, Lickenbrock, & Whitman, 2010), o estado civil e o número de elementos do agregado familiar (Flores-Builds, Andrés-Roqueta, & Mateu-Pérez, 2023), bem como o acesso a serviços de apoio especializado (McConkey et al., 2023).

Métodos

A presente investigação tem como objetivos específicos: (1) Analisar variáveis sociodemográficas (e.g. sexo, qualificações académicas, estado civil, qualificações académicas, número de elementos do agregado familiar local de residência e o acesso a serviços de apoio especializado); 2) Estudar a perceção do funcionamento familiar (coesão, flexibilidade, comunicação, satisfação); 3) Estudar a perceção da coparentalidade; 4) Estudar a perceção da resiliência familiar. 5) Estudar a perceção de bem-estar parental e analisar quais as dimensões que permitem predizê-lo.

Participantes

O presente estudo incluiu 122 pais de crianças e jovens com (PEA). Os critérios de inclusão definidos para a participação no questionário online foram: (a) idade igual ou superior a 18 anos; (b) residência em Portugal Continental ou nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira; e (c) ter um familiar com diagnóstico clínico de PEA realizado por um clínico (e.g., pediatra, pedopsiquiatra, psiquiatra).

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos respondentes. As suas idades variaram entre os 30 e os 65 anos, com uma média (*M*) de 45.03, 94 (77%) são do sexo feminino e 28 (23%) do sexo masculino. O número de elementos por agregado familiar variou entre 1 e 6 – (M = 3.64±0.824). Relativamente ao grau de parentesco com a pessoa no espetro do autismo, 27 (22.10%) são pais, 93 (76.20%) mães e 2 (1.60%) padrasto ou madrasta. Quanto à nacionalidade, 116 (95.10%) são portugueses, 5 (4.10%) brasileiros e 1 (0.80%) apresenta dupla nacionalidade (brasileira e portuguesa). No que se refere ao estado civil, 76 (62.30%) são casados e 26 (21.30%) vivem em união de facto. Relativamente às qualificações académicas dos pais, 59 (48.40%) possuem licenciatura, 19 (15.60%) e 36 (29.50%) têm o 12º

ano ou formação profissional. No que respeita à distribuição geográfica da residência (NUTS II), 48 (39.30%) residem no Centro e 40 (32.80%) na região Norte de Portugal.

No que respeita ao membro da família com PEA (Tabela 2), as idades encontravam-se compreendidas entre os 3 e os 21 anos, com uma média de 10.95. A idade média de diagnóstico situou-se nos 4.07 anos. A maioria dos participantes era do sexo masculino 89 (79.50%), 107 (95.50%) residia com o respondente e 105 (86.10%) beneficiava de apoio terapêutico.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N = 122)

	n	***%***	***M***	***DP***	***Mo***
Idade 30-65	122		45.03	5.98	45
Sexo					
Feminino	94	77.00			
Masculino	28	23.00			
Número de Elementos do Agregado Familiar 1-6			3.64	0.82	4
Grau de Parentesco					
Pai	27	22.10			
Mãe	*93*	76.20			
Outro (padrasto/madrasta)	2	1.60			
Nacionalidade					
Portuguesa	116	95.10			
Brasileira	5	4.10			
Dupla Nacionalidade (portuguesa/brasileira)	1	0.80			
Estado Civil					
Solteiro	6	4.90			
Casado	76	62.30			
Separado	2	1.60			
Divorciado	12	9.80			
União de Facto	26	21.30			
Qualificações Académicas					
9º Ano ou Inferior	6	4.90			
12º Ano ou Formação Profissional	36	29.50			
Licenciatura	59	48.40			
Mestrado	19	15.60			
Doutoramento	2	1.60			
Residência					
Norte	40	32.80			
Centro	48	39.30			
Área metropolitana de Lisboa	27	22.10			
Alentejo	4	3.30			
Algarve	3	2.50			

Nota. N = amostra total*; n* = tamanho da amostra; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão % = percentagem de participantes.

Tabela 2

Caracterização Sociodemográfica do membro com PEA (N=112)

	n	***%***	***M***	***DP***	***mo***
Idade (3-21)	112		10.95	4.39	5
Idade em que recebeu o diagnóstico (1-17)	112		4.07	2.93	3
Sexo					
Feminino	23	20.5			
Masculino	89	79.5			
Reside com o respondente					
Sim	107	95.5			
Não	5	4.50			
Avaliação da Comunicação e Fluência Verbal					
Ainda não usa discurso verbal para comunicar	22	18			
Diz algumas palavras isoladas, mas ainda não constrói frases	9	7.40			
Constrói algumas frases, mas o discurso é pouco fluente	27	22.10			
Fala verbalmente e de forma fluente	58	47.50			
Recorre a um Sistema Aumentativo de Comunicação	2	1.60			
Apoio Terapêutico*					
Sim	105	86.10			
Não	17	13.90			

Nota. N = amostra total; *n* = tamanho da amostra; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *%* = percentagem de participantes.

*Apoio Terapêutico: Psicologia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e/ou outros (eg. psicomotricidade)

Instrumentos

Questionário de Dados Sociodemográficos e Familiares

O questionário sociodemográfico é composto por quatro partes que permitem recolher dados sociodemográficos dos participantes e dos seus familiares com diagnóstico de PEA. A primeira secção inclui sete questões dirigidas aos cuidadores, relativas à idade, nacionalidade, sexo, estado civil, número de elementos do agregado familiar, qualificações académicas e distrito de residência. Seguem-se questões sobre o processo diagnóstico do familiar, questões relativas às terapias frequentadas e acompanhamento médico.

Medida Breve de Bem-Estar Parental (MBBP)

A *Medida Breve de Bem-Estar Parental* (MBBP) é uma escala desenvolvida por Roy McConkey (2020) com o objetivo de avaliar o bem-estar subjetivo de pais e cuidadores de crianças com perturbações do desenvolvimento, em particular com PEA. Enquanto instrumento de rápida aplicação, a MBBP tem-se revelado útil na monitorização de indicadores de saúde mental e bem-estar de cuidadores, permitindo ainda avaliar o impacto de intervenções familiares ou programas de apoio parental (Kotera et al., 2021; McConkey, 2020). O instrumento é composto por oito itens avaliados numa escala de resposta de 10 pontos (1 =

muito insatisfeito a 10 = *muito satisfeito*), que abrangem dimensões essenciais do bem-estar parental, nomeadamente saúde física e psicológica, sintomas de depressão e stress, suporte social percebido, capacidade de cuidado parental, gestão das tarefas quotidianas, equilíbrio entre tempo passado em casa e fora de casa e qualidade de vida global (Tabela 3). As pontuações mínima e máxima que podem ser obtidas no total da escala situam-se entre 8 e 80 pontos. Pontuações mais elevadas refletem níveis mais altos de bem-estar subjetivo dos pais, indicando maior satisfação com diferentes áreas da sua vida pessoal e familiar. Por outro lado, pontuações mais baixas sugerem níveis reduzidos de bem-estar, podendo estar associadas a maiores dificuldades emocionais, stress parental acrescido ou menor perceção de suporte social. Na presente amostra, os coeficientes de consistência interna estão de acordo com os valores reportados em estudos anteriores, confirmando a consistência interna da MBBP (Tabela 4).

Questionário de Coparentalidade (COP)

O *Questionário de Coparentalidade* (COP) é um instrumento de autorresposta desenvolvido por Margolin, Gordis e John (2001), concebido para avaliar a perceção que os cuidadores têm relativamente aos comportamentos de coparentalidade do par parental. A escala é composta por 14 itens, avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos, que varia entre (1) *Nunca* e (5) *Sempre,* refletindo a frequência com que ocorrem comportamentos parentais positivos e negativos (Tabela 3).

O instrumento integra três subescalas principais: (1) Cooperação, que avalia comportamentos de apoio, respeito mútuo e coordenação parental; (2) Conflito, que capta a frequência e intensidade de desentendimentos ou críticas relativamente ao desempenho parental do parceiro; e (3) Triangulação, que mede a tendência para envolver a criança em dinâmicas conjugais disfuncionais ou alianças parento-filiais (Margolin et al., 2001; Pedro & Ribeiro, 2015).

No que respeita aos valores teóricos possíveis, cada subescala apresenta os seguintes intervalos: Cooperação varia entre 5 e 25 pontos, Triangulação entre 4 e 20 pontos e Conflito entre 5 e 25 pontos (Tabela 3). Valores mais elevados na subscala de Cooperação refletem níveis mais adaptativos de suporte parental, enquanto pontuações mais altas no Conflito e na Triangulação sugerem padrões relacionais disfuncionais, frequentemente associados a maior stress parental e disfuncionamento familiar (Margolin et al., 2001; Portes & Vieira, 2020; Chan & Leung, 2020).

Globalmente, pontuações elevadas na subscala Cooperação e reduzidas na de Conflito e Triangulação indicam relações parentais ajustadas, associadas a melhores resultados de regulação emocional infantil, coesão familiar e bem-estar parental (Downes & Cappe, 2021; Slonim et al., 2025).

Os coeficientes de consistência interna obtidos na presente amostra estão em linha com os reportados em estudos anteriores, confirmando a fiabilidade do instrumento (Tabela 4).

Escala de Avaliação da Coesão e da Flexibilidade Familiar (FACES IV)

A *Escala de Avaliação da Coesão e da Flexibilidade Familiar (FACES IV)* é um instrumento de autorresposta desenvolvido por Olson, Gorall e Tiesel (1985), concebido para avaliar dimensões fundamentais do funcionamento familiar, nomeadamente a coesão e a flexibilidade, de acordo com o Modelo Circumplexo de Sistemas Familiares e Maritais (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003). A versão portuguesa da FACES-IV foi traduzida e validada por Sequeira et al. (2021), mantendo a estrutura original e as propriedades psicométricas do instrumento. A FACES-IV, é composta por 62 itens, distribuídos por seis subescalas principais — duas equilibradas (coesão equilibrada e flexibilidade equilibrada) e quatro desequilibradas (desmembrada e emaranhada, relativas à coesão; rígida e caótica, relativas à flexibilidade) — e por duas subescalas adicionais: a *Family Communication Scale* (FCS) e a *Family Satisfaction Scale* (FSS) (Olson, 2011) (Tabela 3). A escala utiliza um formato de resposta tipo Likert de 5 pontos, variando entre 1 (*discordo totalmente*) e 5 (*concordo totalmente),* aplicando-se a indivíduos com idade igual ou superior a 12 anos.

No presente estudo, foram utilizadas apenas as subescalas equilibradas da FACES-IV — Coesão Equilibrada e Flexibilidade Equilibrada — bem como as subescalas adicionais de Comunicação Familiar (FCS) e Satisfação Familiar (FSS). As subescalas desequilibradas (Desmembrada, Emaranhada, Rígida e Caótica) não foram incluídas nas análises, uma vez que o objetivo do estudo incidiu sobre os padrões adaptativos do funcionamento familiar. Cada subescala principal é constituída por sete itens, resultando em pontuações teóricas mínimas de 7 pontos e máximas de 35 pontos. As subescalas de comunicação e satisfação incluem dez itens cada, com intervalos possíveis entre 10 e 50 pontos (Tabela 3). Pontuações mais elevadas nas dimensões equilibradas, bem como nas subescalas de comunicação e satisfação, refletem níveis mais adaptativos de funcionamento familiar, caracterizados por coesão e flexibilidade adequadas, boa comunicação e satisfação relacional. Por oposição, valores mais altos nas subescalas desequilibradas indicam padrões familiares disfuncionais, como rigidez excessiva,

desorganização, baixa coesão ou emaranhamento, frequentemente associados a dificuldades de ajustamento familiar (Olson, 2011; Olson & Gorall, 2003).

Na presente amostra, os coeficientes de consistência interna encontram-se dentro dos valores reportados em estudos anteriores, confirmando a adequação psicométrica da FACES-IV (Tabela 4). A FACES-IV tem sido amplamente utilizada para caracterizar padrões relacionais em diferentes contextos familiares, incluindo famílias com membros com perturbações do neurodesenvolvimento, uma vez que se trata de uma medida capaz de captar variações na coesão e flexibilidade que influenciam a adaptação familiar (Sequeira et al., 2021).

Questionário de Resiliência Familiar de Walsh (QRFW)

O *Questionário de Resiliência Familiar de Walsh* é um instrumento de autorresposta desenvolvido por Froma Walsh (2015), com o objetivo de avaliar os processos-chave de resiliência familiar que promovem a adaptação positiva perante situações adversas. A escala foi traduzida e validada para a população portuguesa por Sequeira et al. (2021), demonstrando adequadas propriedades psicométricas no contexto nacional (Morais et al., 2024). O WFRQ é composto por 32 itens, avaliados numa escala de tipo Likert de 5 pontos, variando entre 1 (*raramente/nunca*) e 5 (*quase sempre*) organizando-se por subscalas: *sistema de crenças*, *padrões organizacionais* e *comunicação/resolução de problemas* (Walsh, 2015) (Tabela 3).

Cada item é pontuado de 1 a 5, e as subescalas têm diferentes números de itens, variando entre 3 e 5. Assim, os intervalos teóricos possíveis variam consoante o fator: para subescalas de 3 itens, o intervalo situa-se entre 3 e 15 pontos; para subescalas de 4 itens, entre 4 e 20 pontos; e para subescalas de 5 itens, entre 5 e 25 pontos (Tabela 3). As subescalas de 3 itens incluem *Perspetiva positiva* e *Transcendência e espiritualidade* (ambas pertencentes ao domínio do sistema de crenças), bem como *Partilha emocional* (comunicação e resolução de problemas), apresentando intervalos teóricos de 3 a 15 pontos. As subescalas de 4 itens correspondem a *Flexibilidade* e *Conectividade* (padrões organizacionais) e *Clareza* (comunicação e resolução de problemas), com pontuações possíveis entre 4 e 20 pontos. Por fim, as subescalas de 5 itens abrangem: *Encontrar significado nas adversidades* (sistema de crenças), *Mobilização de recursos sociais e económicos* (padrões organizacionais) e *Resolução colaborativa de problemas* (comunicação e resolução de problemas), cujos intervalos de pontuação variam entre 5 e 25 pontos. Pontuações mais elevadas refletem níveis mais altos de resiliência familiar em cada dimensão, indicando sistemas de crenças fortalecidos, padrões organizacionais coesos e flexíveis e processos de comunicação eficazes. Pontuações mais baixas sugerem vulnerabilidades familiares ou recursos limitados para lidar com o stress e a

adversidade (Sequeira & Vicente, 2019; Walsh, 2015). De forma consistente com estudos anteriores, os coeficientes de consistência interna obtidos na presente amostra confirmam a validade interna do instrumento (Tabela 4).

Tabela 3

Características dos Instrumentos Utilizados

Escala / Subescalas	***Itens***	***Nº de Itens***	***Mín.***	***Máx.***
Medida Breve de Bem-Estar Parental	1-8	8	8	80
Questionário de Coparentalidade (COP)				
Cooperação	1, 4, 7, 10, 13	5	5	25
Conflito	2, 5, 8, 11, 14	5	5	25
Triangulação	3, 6, 9, 12	4	4	20
Escala de Avaliação da Coesão e da Flexibilidade Familiar (FACES IV)				
Coesão Equilibrada	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37	7	7	35
Flexibilidade Equilibrada	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38	7	7	35
Comunicação	43-52	10	10	50
Satisfação	53-62	10	10	50
Questionário de Resiliência Familiar de Walsh	1-32	32	35	160
Sistema de Crenças	1-13	13	13	65
Padrões Organizacionais	14-22	9	9	45
Resolução de Problemas e Comunicação	23-32	10	10	50

*Nota***.** Esta tabela apresenta as dimensões principais dos instrumentos utilizados no estudo, incluindo número de itens e os intervalos de pontuação mínima e máxima.

Os valores obtidos indicam boa a excelente consistência interna para todas as escalas, com exceção do COP que apresentou um valor inferior ao desejável (Tabela 4).

Tabela 4

Coeficiente de Consistência Interna dos Instrumentos

Escala	***Nº de Itens***	***alfa de Cronbach* (escala original)**	***alfa de Cronbach* (resultados obtidos)**
Medida Breve de Bem-Estar Parental	8	.82 – .88	.91
Questionário de Coparentalidade (COP)	14	.76 – .88	.54
Escala de Avaliação da Coesão e da Flexibilidade Familiar (FACES IV)	34	.58 – .77	.98
Questionário de Resiliência Familiar de Walsh	32	.75 – .97	.98

Nota. Alfa de Cronbach das escalas: valores originais e obtidos no presente estudo.

Procedimentos

De forma a serem cumpridas todas as normas éticas relativas à confidencialidade e ao anonimato dos dados recolhidos, foi obtida aprovação, no dia 26-05-2022, pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (CE-052/2022), de acordo com a Declaração de Helsínquia, no âmbito de um projeto de doutoramento financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (https://doi.org/10.54499/2021.05559.BD).

Os dados foram recolhidos através de um questionário online disponível na plataforma Neurohab (Simões et al., 2014) (link de acesso: https://neurohab.pt/narrativas/), com início no dia 28 de junho de 2022.

O estudo foi divulgado por meio das redes sociais do projeto de douturamento - NarraTivAS (Instagram, Facebook e Twitter), bem como através de contacto e-mail via base de dados do grupo CIBIT - Coimbra Institute for Biomedical Imaging and Translational Research (https://voluntarios.cibit.uc.pt/).

Após acederem ao link, os familiares, depois de fornecerem o seu consentimento informado, responderam a um conjunto de questões sociodemográficas, aspetos relativos ao processo de diagnóstico do familiar, bem como a um conjunto de instrumentos destinados a avaliar o funcionamento familiar, o bem-estar parental, a resiliência familiar e a coparentalidade (cf. Instrumentos).

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada utilizando o software *IBM SPSS Statistics* (versão 28). Inicialmente, procedeu-se à análise descritiva das variáveis sociodemográficas e das variáveis em estudo (bem-estar parental, coparentalidade, funcionamento e resiliência familiar). Para variáveis categóricas, calcularam-se frequências absolutas e relativas. Para variáveis contínuas, foram determinadas medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão), bem como valores mínimos e máximos.

A consistência interna das escalas foi avaliada através do coeficiente *alfa de Cronbach*, considerando-se aceitáveis valores iguais ou superiores a .70 (Cohen & Swerdlik, 2005) (Tabela 4). A normalidade das distribuições foi avaliada com o teste de *Shapiro–Wilk*. Adicionalmente, procederam-se ao agrupamento de categorias originais, criando-se variáveis derivadas com o objetivo de facilitar as comparações entre grupos: idade (2 grupos: 30-47 e 48-65, com base na mediana da amostra), qualificações académicas (2 níveis: igual/inferior ao 12.º ano e igual/superior a licenciatura), estado civil (3 categorias: solteiro(a), casado(a)/união de facto e separado(a)/divorciado(a)), e residência (3 grupos: Norte, Centro e Sul). Para a

comparação entre dois grupos independentes (ex.: sexo, idade e qualificações académicas), utilizaram-se testes *t* de Student para amostras independentes. Quando a suposição de homogeneidade de variâncias foi violada (*teste de Levene*, $p < .05$), recorreram-se aos resultados corrigidos do teste *t* com variâncias não assumidas (*teste de Welch*). Para a comparação entre três ou mais grupos (ex.: estado civil e residência), foi utilizada análise de variância unifatorial (ANOVA). Sempre que se verificaram diferenças estatisticamente significativas, foram realizados testes *post hoc* de Games–Howell, selecionados devido à diferença substancial no tamanho dos grupos (n). O nível de significância adotado em todas as análises foi $p < .05$. De forma geral, os resultados obtidos através dos testes paramétricos e não paramétricos foram semelhantes, não se observando discrepâncias relevantes entre ambos. Assim, optou-se por apresentar os resultados dos testes paramétricos (testes *t* de Student e ANOVA One-Way) por razões de clareza e consistência na interpretação estatística.

A Regressão Múltipla Hierárquica foi aplicada para identificar quais as variáveis do funcionamento (i.e., coesão equilibrada, flexibilidade equilibrada, comunicação e satisfação familiar) e resiliência familiar (i.e., sistema de crenças, padrões organizacionais e comunicação e resolução de problemas) que predizem o bem-estar parental, controlando para as variáveis sociodemográficas e contextuais (i.e., idade, sexo, estado civil, qualificações académicas, número de elementos do agregado familiar, distrito de residência, número de terapias). Antes da interpretação dos modelos finais, foi verificado o valor de Durbin-Watson que deve encontrar-se entre 1.50 a 2.50, sendo indicativo da independência entre os resíduos. Neste estudo, foi obtido um valor de 1.88 considerado aceitável (Laerd Statistics, 2015). De seguida, foi verificada a existência de relações lineares entre os preditores e a variável dependente através dos gráficos de regressão parciais (Laerd Statistics, 2015). Seguindo-se a avaliação da homocedasticidade (i.e., a variância é igual para todos os preditores da variável dependente), pela inspeção visual do gráfico dos resíduos estudentizados em função dos valores preditos não padronizados (Laerd Statistics, 2015). A verificação da multicolinearidade (i.e., existência de preditores altamente correlacionadas entre si) através da análise dos coeficientes de correlação e dos valores de *Variance Inflation Factor* (VIF). Esta verificação é importante, uma vez que valores elevados de correlação entre preditores podem distorcer os coeficientes de regressão e comprometer a interpretação dos resultados. No caso das correlações considera-se valor de corte correlações superiores a .70 (Laerd Statistics, 2015), tendo se obtido valores de correlação superiores a .70 entre as subescalas da FACES-IV e entre estas e o sistema de crenças e padrões organizacionais da WFRQ, bem como entre as dimensões que compõe a WFRQ. Estes resultados são expectáveis dado que se trata de dimensões de um mesmo construto – o

funcionamento familiar, havendo dimensões sobreponíveis. No que se refere à VIF o critério para considerar a existência de preditores correlacionados é superior a 10 (Laerd Statistics, 2015), verificando-se apenas para o preditor – sistema de crenças (WFRQ). Tendo-se prosseguido com a remoção deste preditor seguindo as recomendações da Laerd Statistics (2015). De seguida foram inspecionados os outliers (valores superiores a 3 *DP*), os pontos de leverage (valores superiores a .5) e pontos influentes elevados (valores superiores a 1) (Laerd Statistics, 2015). Não se tendo verificado violações destes critérios. Por último, foi verificado o pressuposto da distribuição normal dos resíduos através da inspeção do histograma e gráfico P-P normal dos resíduos padronizados da regressão.

Resultados

Estatísticas Descritivas

A Tabela 5 apresenta os resultados obtidos das variáveis em estudo. De forma geral, os resultados revelam níveis moderados de bem-estar parental, cooperação e funcionamento familiar equilibrado, bem como níveis médios de resiliência familiar. Estes valores indicam que os pais têm perceções globalmente positivas, embora com alguma variabilidade entre as dimensões analisadas.

De modo geral, os participantes apresentaram níveis moderados de bem-estar parental ($M = 47.15$) e de resiliência familiar, com valores equilibrados nas dimensões da escala WFRQ, nomeadamente no Sistema de Crenças ($M = 61.78$), Padrões Organizacionais ($M = 37.33$) e Resolução de Problemas e Comunicação ($M = 19.48$). No que respeita à Coesão ($M = 27.92$), Flexibilidade ($M = 26.67$), Comunicação ($M = 37.41$) e Satisfação ($M = 33.98$) avaliadas pela escala FACES-IV, as médias indicam um funcionamento familiar tendencialmente equilibrado, embora sem valores particularmente elevados. De forma global, os pais descrevem as suas famílias como moderadamente coesas e flexíveis, e revelam perceções ainda mais positivas relativamente à comunicação e à satisfação familiar. Todos os valores situam-se numa faixa moderada, refletindo um funcionamento familiar equilibrado.

Tabela 5

Estatísticas Descritivas das Escalas

Escala / Subescala	*n*	*Mínimo*	*Máximo*	*M*	*DP*
Medida Breve de Bem-Estar Parental	108	12	80	47.15	17.15
COP – Cooperação	106	5	25	19.35	5.38
COP – Triangulação	106	9	13	9.11	0.54
COP – Conflito	106	5	20	10.45	4.04
FACES-IV – Coesão Equilibrada	107	7	35	27.92	6.07
FACES-IV – Flexibilidade Equilibrada	107	7	35	26.67	5.46
FACES-IV – Comunicação	107	12	50	37.41	7.90
FACES-IV – Satisfação	107	10	50	33.98	9.07
QRFW – Sistema de Crenças	101	16	80	61.78	13.15
QRFW – Padrões Organizacionais	101	14	50	37.33	7.98
QRFW – Resolução de Problemas e Comunicação	101	7	30	19.48	4.92
QRFW – Total	101	37	160	118.58	24.62

Nota. n = número de participantes; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; valores mínimo e máximo correspondentes aos intervalos obtidos em cada subescala.

Perceção do Bem-Estar Parental

Verificaram-se diferenças significativas no Bem-Estar Parental em função do sexo dos participantes. Os homens apresentaram valores médios mais elevados ($M = 53.00$; $DP = 17.06$) do que as mulheres ($M = 45.29$; $DP = 16.85$), com um tamanho de efeito moderado (*d de Cohen* = 0.46), indicando uma perceção superior de bem-estar parental entre os participantes do sexo masculino (Tabela 6).

Tabela 6

Diferenças no Bem-Estar Parental em Função das Variáveis Sociodemográficas

Variável	Categoria	*n*	*M*	*DP*	*Teste Paramétrico*	*p*
Sexo	Masculino	26	53.00	17.06	Teste t para amostras independentes	.051
	Feminino	82	45.29	16.85		
Idade	30–47 anos	81	46.40	17.43	Teste t para amostras independentes	.419
	48–65 anos	27	49.41	16.35		
Qualificações Académicas	Igual ou inferior ao 12.º ano	37	43.19	17.78	Teste t para amostras independentes	.092
	Igual ou superior à licenciatura	71	49.21	16.55		
Estado civil	Casado/União de facto	89	47.34	17.22	ANOVA	.213
	Separado/Divorciado	13	50.92	18.56		
	Solteiro	6	36.17	7.78		
Residência	Norte	36	45.28	19.13	ANOVA	.44
	Centro	65	49.65	15.83		
	Sul	7	33.57	11.37		

Nota. n = número de participantes; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão.

Perceção da Coparentalidade

Na subescala Cooperação, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos, com os homens ($M = 22.32$; $DP = 3.99$) a apresentarem valores superiores às mulheres ($M = 18.43$; $DP = 5.44$), revelando um tamanho de efeito elevado ($d = 0.76$). Também se verificaram diferenças em função do estado civil, com os participantes casados/união de facto ($M = 20.28$; $DP = 4.45$) e solteiros ($M = 20.83$; $DP = 3.66$) a reportarem médias mais elevadas do que os separados/divorciados ($M = 11.75$; $DP = 6.54$) (Tabela 7).

Tabela 7

Diferenças na Coparentalidade em Função das Variáveis Sociodemográficas

Subescala	Variável	Categoria	*N*	*M*	*DP*	*Teste Paramétrico*	*p*
Cooperação	**Sexo**	Masculino	25	22,32	3,99	Teste t para amostras independentes	< 0,001
		Feminino	81	18,43	5,44		
	Idade	30–47 anos	80	18,91	5,59	Teste t para amostras independentes	0,10
		48–65 anos	26	20,69	4,50		
	Habilitações literárias	Igual ou inferior ao 12.º ano	36	19,39	5,27	Teste t para amostras independentes	0,95
		Igual ou superior à licenciatura	70	19,33	5,47		
	Estado civil	Casado/União de facto	88	20,28	4,44	ANOVA	< 0,001
		Separado/Divorciado	12	11,75	6,53		
		Solteiro	6	20,83	3,65		
	Residência	Norte	36	18,61	5,74	ANOVA	0,22
		Centro	63	20,03	5,12		
		Sul	7	17,00	5,29		
Triangulação	**Sexo**	Masculino	25	9,16	0,80	Teste t para amostras independentes	0,62
		Feminino	81	9,10	0,43		
	Idade	30–47 anos	80	9,07	0,38	Teste t para amostras independentes	0,38
		48–65 anos	26	9,23	0,86		
	Habilitações literárias	Igual ou inferior ao 12.º ano	36	9,06	0,33	Teste t para amostras independentes	0,34
		Igual ou superior à licenciatura	70	9,14	0,621		
	Estado civil	Casado/União de facto	88	9,09	0,51	ANOVA	0,30
		Separado/Divorciado	12	9,33	0,77		
		Solteiro	6	9,00	0,00		
	Residência	Norte	36	9,11	0,46	ANOVA	0,06
		Centro	63	9,06	0,50		
		Sul	7	9,57	0,97		
Conflito	**Sexo**	Masculino	25	9,88	3,72	Teste t para amostras independentes	0,42
		Feminino	81	10,63	4,13		
	Idade	30–47 anos	80	10,30	4,12	Teste t para amostras independentes	0,49
		48–65 anos	26	10,92	3,78		
	Habilitações literárias	Igual ou inferior ao 12.º ano	36	10,14	4,38	Teste t para amostras independentes	0,58
		Igual ou superior à licenciatura	70	10,61	3,86		
	Estado civil	Casado/União de facto	88	10,32	4,02	ANOVA	0,71
		Separado/Divorciado	12	11,33	4,39		
		Solteiro	6	10,67	3,98		
	Residência	Norte	36	10,56	3,76	ANOVA	0,27
		Centro	63	10,14	4,05		
		Sul	7	12,71	5,05		

Nota. n = número de participantes; *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão.

Perceção do Funcionamento Familiar

Quanto ao funcionamento familiar, os homens apresentaram médias superiores em todas as subescalas, com uma diferença estatisticamente significativa na mais expressiva na Flexibilidade Equilibrada (M = 29.35; DP = 3.96 vs. M = 25.81; DP = 5.61), que revelou um tamanho do efeito forte (d = 0.67). Os participantes com ensino superior apresentam diferenças estatisticamente significativas, com valores médios mais elevados nas dimensões de Coesão (M = 28.10; DP = 6.04), Flexibilidade (M = 28.89; DP = 5.70), Comunicação (M = 37.57; DP = 8.08) e Satisfação (M = 34.43; DP = 9.13), comparativamente aos participantes com escolaridade até ao 12.º ano. Também se observaram diferenças estatisticamente significativas associadas ao estado civil, com os casados/união de facto a apresentarem níveis mais elevados de Coesão (M = 28.41; DP = 5.58) e Flexibilidade (M = 27.17; DP = 5.11), em contraste com os separados/divorciados, que revelaram valores mais baixos.

Por fim, os participantes residentes na região Centro também evidenciaram diferenças estatisticamente significativas médias mais elevadas em todas as subescalas — Coesão (M = 28.89; DP = 5.89), Flexibilidade (M = 27.91; DP = 5.00), Comunicação (M = 38.88; DP = 7.35) e Satisfação (M = 35.20; DP = 8.85) — comparativamente aos do Sul, que apresentaram valores inferiores, refletindo um funcionamento familiar mais equilibrado nesta região (Tabela 8).

Tabela 8

Diferenças no Funcionamento Familiar em Função das Variáveis Sociodemográficas

Subscala	Variável	Categoria	*N*	*M*	*DP*	*Teste Paramétrico*	*p*
Coesão Equilibrada	**Sexo**	Masculino	26	30,08	5,69	Teste t para amostras independentes	0,03
		Feminino	81	27,22	6,05		
	Idade	30–47 anos	80	27,70	6,23	Teste t para amostras independentes	0,52
		48–65 anos	27	28,56	5,61		
	Habilitações literárias	Igual ou inferior ao 12.º ano	37	27,57	6,16	Teste t para amostras independentes	0,01
		Igual ou superior à licenciatura	70	28,10	6,04		
	Estado civil	Casado/União de facto	88	28,41	5,58		
		Separado/Divorciado	13	23,62	8,15	ANOVA	0,01
		Solteiro	6	30,00	4,51		
	Residência	Norte	35	27,43	5,65		
		Centro	65	28,89	5,89	ANOVA	0,01
		Sul	7	21,29	5,93		
Flexibilidade Equilibrada	**Sexo**	Masculino	26	29,35	3,96	Teste t para amostras independentes	<0,001
		Feminino	81	25,81	5,61		
	Idade	30–47 anos	80	26,34	5,64	Teste t para amostras independentes	0,27
		48–65 anos	27	27,67	4,82		
	Habilitações literárias	Igual ou inferior ao 12.º ano	37	26,27	5,01	Teste t para amostras independentes	0,00
		Igual ou superior à licenciatura	70	28,89	5,70		
	Estado civil	Casado/União de facto	88	27,17	5,11		
		Separado/Divorciado	13	23,15	6,79	ANOVA	0,04
		Solteiro	6	27,00	5,47		
	Residência	Norte	35	25,31	5,69		
		Centro	65	27,91	5,00	ANOVA	0,00
		Sul	7	22,00	4,79		
Comunicação	**Sexo**	Masculino	26	40,46	6,56	Teste t para amostras independentes	0,02
		Feminino	81	36,43	8,07		
	Idade	30–47 anos	80	36,86	8,02	Teste t para amostras independentes	0,21
		48–65 anos	27	39,04	7,39		
	Habilitações literárias	Igual ou inferior ao 12.º ano	37	37,11	7,62	Teste t para amostras independentes	0,01
		Igual ou superior à licenciatura	70	37,57	8,08		
	Estado civil	Casado/União de facto	88	38,01	7,46	ANOVA	0,07
		Separado/Divorciado	13	32,77	9,44		
		Solteiro	6	38,67	8,52		
	Residência	Norte	35	36,26	8,42		
		Centro	65	38,88	7,35	ANOVA	0,01
		Sul	7	29,57	4,42		
Satisfação	**Sexo**	Masculino	26	37,42	7,76	Teste t para amostras independentes	0,02
		Feminino	81	32,88	9,21		
	Idade	30–47 anos	80	33,91	9,58	Teste t para amostras independentes	0,89
		48–65 anos	27	34,19	7,49		
	Habilitações literárias	Igual ou inferior ao 12.º ano	37	33,14	8,99	Teste t para amostras independentes	0,01
		Igual ou superior à licenciatura	70	34,43	9,13		
	Estado civil	Casado/União de facto	88	34,52	8,71		
		Separado/Divorciado	13	30,15	10,4	ANOVA	0,26
		Solteiro	6	34,33	10,70		
	Residência	Norte	35	33,37	8,70		
		Centro	65	35,20	8,85	ANOVA	0,02
		Sul	7	25,71	9,44		

Nota. n = número de participantes; *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão.

Perceção da Resiliência Familiar

No que respeita à perceção da resiliência familiar, observaram-se diferenças significativas entre sexos e qualificações académicas. Os homens apresentaram valores superiores às mulheres na subescala Sistema de Crenças (*M* = 66.56; *DP* = 11.19 vs. *M* = 60.21; *DP* = 13.42) e em Comunicação e Resolução de Problemas (*M* = 21.04; *DP* = 4.11 vs. *M* = 18.96; *DP* = 5.07). Os participantes com grau académico superior revelaram médias mais elevadas em Comunicação e Resolução de Problemas (*M* = 20.18; *DP* = 4.94) comparativamente aos com escolaridade até ao 12.º ano (*M* = 18.14; *DP* = 4.64). Adicionalmente, os participantes residentes na região Centro apresentaram valores mais altos nas subescalas Sistema de Crenças (*M* = 64.23; *DP* = 12.41) e Padrões Organizacionais (*M* = 38.84; *DP* = 7.60), em relação aos do Sul (*M* = 52.14; *DP* = 14.12; *M* = 30.00; *DP* = 6.42, respetivamente), refletindo uma maior resiliência familiar e adaptabilidade (Tabela 9).

Tabela 9

Diferenças na Resiliência em Função das Variáveis Sociodemográficas

Subescala	Variável	Categoria	*N*	*M*	*DP*	*Teste Paramétrico*	*p*
Sistema de Crenças	Sexo	Masculino	25	66,56	11,19	Teste *t* para amostras independentes	0,02
		Feminino	76	60,21	13,42		
	Idade	30–47 anos	75	61,96	13,67	Teste *t* para amostras independentes	0,80
		48–65 anos	26	61,27	11,72		
	Habilitações literárias	Igual ou inferior ao 12.º ano	35	61,69	10,77	Teste *t* para amostras independentes	0,95
		Igual ou superior à licenciatura	66	61,83	14,32		
	Estado civil	Casado/União de facto	82	62,16	12,73	ANOVA	0,70
		Separado/Divorciado	13	58,92	16,72		
		Solteiro	6	62,83	11,49		
	Residência	Norte	33	59,30	13,25	ANOVA	0,02
		Centro	61	64,23	12,41		
		Sul	7	52,14	14,12		
Padrões Organizacionais	Sexo	Masculino	25	39,52	6,97	Teste *t* para amostras independentes	0,08
		Feminino	76	36,61	8,19		
	Idade	30–47 anos	75	38,00	8,30	Teste *t* para amostras independentes	0,11
		48–65 anos	26	35,38	6,70		
	Habilitações literárias	Igual ou inferior ao 12.º ano	35	37,29	6,71	Teste *t* para amostras independentes	0,97
		Igual ou superior à licenciatura	66	37,35	8,61		
	Estado civil	Casado/União de facto	82	37,52	7,90	ANOVA	0,83
		Separado/Divorciado	13	36,08	9,23		
		Solteiro	6	37,33	7,14		
	Residência	Norte	33	36,09	8,06	ANOVA	0,01
		Centro	61	38,84	7,60		
		Sul	7	30,00	6,42		
Comunicação e Resolução de Problemas	Sexo	Masculino	25	21,04	4,11	Teste *t* para amostras independentes	0,04
		Feminino	76	18,96	5,07		
	Idade	30–47 anos	75	19,32	5,33	Teste *t* para amostras independentes	0,59
		48–65 anos	26	19,92	3,49		
	Habilitações literárias	Igual ou inferior ao 12.º ano	35	18,14	4,64	Teste *t* para amostras independentes	0,04
		Igual ou superior à licenciatura	66	20,18	4,94		
	Estado civil	Casado/União de facto	82	19,49	4,64	ANOVA	0,98
		Separado/Divorciado	13	19,54	6,59		
		Solteiro	6	19,17	5,52		
	Residência	Norte	33	19,91	5,11	ANOVA	0,06
		Centro	61	19,72	4,76		
		Sul	7	15,29	3,81		

Nota. *n* = número de participantes; *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão.

Preditores do Bem-Estar Parental - Regressão Múltipla Hierárquica

A regressão Múltipla Hierárquica foi desenvolvida para identificar quais as variáveis do funcionamento e resiliência familiar que predizem o bem-estar parental, controlando para as variáveis sociodemográficas e contextuais.

O modelo 1 (Tabela 10) incluiu as variáveis sociodemográficas enquanto variáveis de controlo (idade, sexo, estado civil, qualificações académicas, número de elementos do agregado

familiar, distrito de residência, número de terapias) do bem-estar parental. Este modelo não é estatisticamente significativo.

O modelo 2 (Tabela 10), foi adicionada a coesão equilibrada, tendo-se obtido um aumento estatisticamente significativo da variância explicada, $\Delta R^2 = .074$ (i.e., 7.4%), $F(1, 92) = 8.57$, p = .004, levando a que o modelo fosse significativo explicando 20.04% do bem-estar parental, $F(8, 92) = 4.47$, $p = .006$.

O modelo 3 (Tabela 10), foi introduzido o preditor flexibilidade, que contribuiu significativamente para o aumento da variância explicada, $\Delta R^2 = .096$ (i.e., 9.6%), $F(1, 91) = 12.52$, $p < .01$, mantendo o modelo global estatisticamente significativo ($F(9, 91) = 4.34$, $p < .001$) explicando 30% da variância no bem-estar parental.

O modelo 4 e modelo 5 (Tabela 10) incluiu a comunicação e a satisfação familiar, respetivamente. Contudo, a adição destas variáveis não foi estatisticamente significativa.

A adição dos padrões organizacionais *(WFRQ)* no modelo 6 (Tabela 10) levou a um aumento estatisticamente significativo da variância explicada, $\Delta R^2 = .085$ (i.e., 8.5%), $F(1, 88) = 12.62$, $p < .001$. O modelo global permaneceu significativo, $F(12, 88) = 5.06$, $p < .001$, explicando 40.8% da variância do bem-estar parental.

Por fim, no modelo 7 (Tabela 10), foi introduzida a comunicação e resolução de problemas. A inclusão desta variável não produziu um aumento significativo na variância explicada ($F(1, 87) = 3.23$, $p = .076$). No entanto, o modelo final manteve-se significativo, $F(13, 87) = 5.04$, $p < .001$, explicando aproximadamente 43% da variância total do bem-estar parental, $R^2 = .429$.

A análise dos coeficientes padronizados e não padronizados (Tabela 10) revelou que três variáveis apresentaram efeitos estatisticamente significativos ao longo dos modelos testados. No Modelo 2, a Coesão Equilibrada ($B = .80$, $\beta = .29$, t = 2.93, $p = .004$) mostrou-se um preditor positivo do bem-estar parental, indicando que níveis mais elevados de coesão familiar se associam a um maior bem-estar. No Modelo 3, a Flexibilidade Equilibrada ($B = 1.70$, $\beta = .55$, t = 3.54, $p < .001$) reforçou esta tendência, sugerindo que famílias com maior capacidade de adaptação e ajustamento experienciam maior bem-estar parental. Por fim, no Modelo 6, os Padrões Organizacionais Familiares ($B = 1.03$, $\beta = .49$, t = 3.55, $p < .001$) emergiram como o preditor mais forte, evidenciando que uma estrutura familiar coesa e bem organizada contribui significativamente para o aumento do bem-estar parental.

Tabela 10

Resultados da Regressão Múltipla Hierárquica para o Bem-Estar Parental (N = 101)

	Bem-Estar Parental													
	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4		Modelo 5		Modelo 6		Modelo 7	
Variável	**B**	**β**	**B**	**β**	**B**	**β**	**B**	**β**	**B**	**β**	**B**	**β**	**I**	**β**
Constante	76.75	—	45.68	—	26.64	—	28.45	—	30.61	—	8.13	—	4.20	—
Idade	-.16	-.05	-.10	-.03	-.08	-.03	-.13	-.04	-.12	-.04	.12	.04	.14	.05
Sexo	-8.61	-.22	-6.25	-.16	-4.09	-.11	-4.39	-.11	-4.37	-.11	-3.99	-.10	-3.43	-.09
Estado civil	0.48	.04	1.08	.05	1.96	.16	2.02	.16	1.96	.16	1.759	.14	1.47	.12
N.º elementos familiares	1.22	.06	.39	.02	-.74	-.03	-.66	-.03	-.66	-.03	.89	.05	-.29	-.02
Habilitações literárias	1.88	.09	1.73	.08	1.77	.09	1.77	.09	1.51	.07	1.66	.08	.95	.05
Residência	-2.52	-.25	-1.76	-.10	-1.82	-.11	-2.00	-.12	-1.84	-.11	-.86	-.05	-.12	-.01
Quantificação de terapias e acompanhamento	-2.68	-.25	-2.38	-.22	-2.07	-.19	-2.06	-.19	-2.07	-.19	-1.95	-.18	-2.01	-.18
FACES IV – Coesão Equilibrada	—	—	.80	.29	-.29	-.10	-.64	-.24	-.64	-.23	-.24	-.09	-.06	-.02
FACES IV – Flexibilidade Equilibrada	—	—	—	—	1.70	.55	1.33	.43	1.16	.38	.36	.12	.20	.06
FACES IV – Comunicação	—	—	—	—	—	—	.56	.27	.26	.12	-.26	-.12	-.53	-.25
FACES IV – Satisfação	—	—	—	—	—	—	—	—	.38	.21	.35	.19	.40	.22
QRFW – Padrões Organizacionais	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1.03	.49	.80	.38
QRFW – Comunicação e Resolução de Problemas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	.84	.25
R^2	.130		.204		.300		.315		.323		.408		.429	
R^2 ajustado	.064		.135		.231		.239		.240		.327		.344	
ΔR^2	.130		.074		.096		.015		.008		.085		.021	
F	1.983		2.947		4.339		4.142		3.866		5.058		5.035	
Sig. F	.066		.004		< .001		.165		.303		< .001		.076	

Nota. $p < .05$; $p < .001$. Os coeficientes B representam os valores não padronizados, enquanto os coeficientes β correspondem aos valores padronizados (Beta).

Discussão dos Resultados

O presente estudo teve como objetivo descrever a perceção das famílias, nomeadamente dos pais de crianças e jovens com PEA quanto às dimensões do bem-estar parental, da coparentalidade, do funcionamento e da resiliência familiar. De forma global, os resultados evidenciam níveis moderados de bem-estar parental, funcionamento familiar e resiliência familiar, sugerindo uma adaptação positiva das famílias face às exigências associadas ao diagnóstico de PEA. Estes resultados corroboram a literatura que tem salientado que, embora as famílias enfrentem níveis acrescidos de stress e exigência emocional, muitas desenvolvem processos de ajustamento, recursos e resiliência que lhes permitem reorganizar-se e manter um funcionamento adequado (Walsh, 2003, 2006; Kotera et al., 2021).

Relativamente ao bem-estar parental, verificaram-se diferenças significativas em função do sexo, com os homens a reportarem níveis mais elevados do que as mulheres. Este resultado está em consonância com investigações anteriores que identificam uma maior vulnerabilidade psicológica nas mães de crianças com PEA, frequentemente associada ao maior envolvimento nas tarefas de cuidado e na gestão das exigências terapêuticas e comportamentais (Giannotti et al., 2021; Van Niekerk et al., 2023). Assim, as mulheres tendem a experienciar maior sobrecarga emocional e stress parental, refletindo uma distribuição desigual das responsabilidades familiares. Por outro lado, o maior bem-estar reportado pelos pais homens poderá relacionar-se com um envolvimento mais seletivo nas tarefas de cuidado e com perceções mais positivas de autoeficácia parental (Kurzrok et al., 2021).

No domínio da coparentalidade, os resultados revelaram diferenças significativas em função do sexo e do estado civil. Os homens apresentaram níveis de cooperação superiores aos das mulheres, indicando uma perceção mais positiva da parceria parental entre os participantes do sexo masculino. Adicionalmente, os casados ou em união de facto, bem como os solteiros, reportaram níveis mais elevados de cooperação em comparação com os separados ou divorciados, o que sugere que a estabilidade relacional e a presença de uma parceria coparental coesa constituem fatores protetores do funcionamento familiar. Estes resultados corroboram a literatura que destaca o papel da coparentalidade positiva — caracterizada pelo apoio mútuo, pela comunicação eficaz e pelo respeito — como promotora da adaptação familiar e do desenvolvimento socioemocional da criança (Margolin et al., 2001; Downes & Cappe, 2021). Em contrapartida, relações coparentais fragilizadas, marcadas por conflito ou falta de coordenação, tendem a intensificar o stress parental e a comprometer o bem-estar familiar (Slonim et al., 2025; Chan & Leung, 2020).

Os resultados referentes ao funcionamento familiar indicaram níveis equilibrados de coesão e flexibilidade, sugerindo um perfil de famílias funcionalmente adaptativas. Os participantes casados ou em união de facto, bem como aqueles com ensino superior, revelaram médias mais elevadas em coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação familiar, o que destaca a importância do suporte conjugal e das qualificações académicas enquanto fatores que facilitam o ajustamento. Estes vão ao encontro do descrito no Modelo Circumplexo de Olson (2011), segundo o qual níveis equilibrados de coesão e flexibilidade favorecem a comunicação e a satisfação familiar, contribuindo para uma maior estabilidade emocional do sistema familiar. Estudos prévios (Lei, 2018; Sequeira et al., 2021) têm igualmente demonstrado que famílias de crianças com PEA conseguem manter níveis elevados de coesão, embora possam enfrentar desafios adicionais na flexibilidade relacional e na partilha emocional. As diferenças

regionais observadas — com os participantes da região Centro a reportarem níveis mais elevados de funcionamento familiar — podem estar associadas a diferenças no acesso a redes de apoio e recursos comunitários, reforçando o papel do contexto ecológico na adaptação familiar (Bronfenbrenner, 1979; Chaki & Faran, 2025).

No que respeita à resiliência familiar, os resultados revelaram níveis médios a elevados em todas as dimensões, com diferenças significativas em função do sexo e da escolaridade. Os homens e os participantes com ensino superior apresentaram médias superiores no sistema de crenças e na comunicação e resolução de problemas, sugerindo que maior escolaridade e sentido de eficácia pessoal se associam a estratégias de *coping* mais adaptativas. Estes resultados sustentam o modelo de Walsh (2003, 2012), que identifica os sistemas de crenças, os padrões organizacionais e a comunicação como pilares fundamentais da resiliência familiar. Estes processos sustentam a construção de significado face à adversidade, a reorganização de papéis e o reforço do suporte mútuo (Herdiana et al., 2018; Flores-Builes & Andrés-Roqueta, 2022).

A análise de regressão múltipla hierárquica confirmou que as dimensões do funcionamento e da resiliência familiar desempenham um papel determinante na explicação do bem-estar parental. Com a introdução das variáveis familiares, verificou-se um aumento progressivo da variância explicada. A Coesão Equilibrada emergiu como um preditor positivo e significativo, o que confirma que famílias com laços afetivos sólidos e sentimento de pertença tendem a reportar níveis mais elevados de satisfação e bem-estar. A Flexibilidade Equilibrada revelou um contributo ainda mais expressivo. Este resultado reforça que famílias com maior capacidade de adaptação e reorganização de papéis conseguem gerir melhor as exigências da parentalidade (Olson, 2011; Walsh, 2016). Por fim, os Padrões Organizacionais Familiares mostraram-se o preditor mais forte. Famílias com estruturas organizacionais estáveis e papéis claramente definidos demonstram maior capacidade de adaptação e ajustamento, corroborando a perspetiva de Walsh (2012) sobre o papel das rotinas, da liderança partilhada e da previsibilidade como pilares da resiliência. O modelo final explicou cerca de 43% da variância total do bem-estar parental, um valor robusto e consistente com estudos prévios.

Em conjunto, estes resultados evidenciam que o bem-estar parental é fortemente determinado por dinâmicas familiares — nomeadamente pela coesão, flexibilidade e organização familiar — mais do que por fatores sociodemográficos. Famílias que se caracterizam por relações afetivas sólidas, elevada adaptabilidade e uma estrutura organizacional eficiente tendem a apresentar maior bem-estar. Tais resultados reforçam a relevância dos modelos de funcionamento familiar (Olson, 2011) e de resiliência familiar

(Walsh, 2003, 2016) como quadros explicativos que descrevem a forma como os sistemas familiares se ajustam e prosperam perante desafios crónicos. A nível prático, estes resultados sustentam a importância de intervenções centradas na família, que privilegiem o fortalecimento da coesão, a promoção da comunicação aberta e o desenvolvimento de padrões organizacionais flexíveis, enquanto estratégias promotoras de bem-estar e ajustamento parental em famílias com filhos com PEA.

Conclusão

Os resultados do presente estudo contribuem para uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas familiares em contextos de vulnerabilidade, nomeadamente em famílias de crianças com Perturbação do Espetro do Autismo (PEA). Do ponto de vista teórico, estes resultados reforçam a aplicabilidade dos modelos sistémicos de Olson (2011) e Walsh (2003, 2012, 2016), evidenciando que o funcionamento familiar equilibrado e a resiliência constituem dimensões centrais do bem-estar parental. A coesão, a flexibilidade e os padrões organizacionais familiares revelaram-se preditores significativos, sublinhando que a qualidade das interações e a capacidade de adaptação do sistema familiar são fundamentais para o ajustamento positivo face às exigências da parentalidade de uma criança com PEA.

No plano prático, destaca-se a importância de intervenções centradas na família, orientadas para o fortalecimento dos recursos familiares enquanto unidade sistémica. Promover a comunicação aberta, a partilha equilibrada de responsabilidades parentais, a coesão emocional e a flexibilidade nas rotinas pode contribuir para reduzir o stress parental e aumentar o bem-estar global. Os profissionais de saúde, educação e serviço social devem adotar abordagens colaborativas e integradas, reconhecendo o papel ativo dos pais e tentando ultrapassar-se as diferenças de sexo no envolvimento parental. A promoção de redes de apoio formais e informais, bem como o acesso equitativo a programas de capacitação parental, surge como elemento essencial para o reforço da resiliência e da estabilidade familiar.

As diferenças regionais e educacionais observadas reforçam a necessidade de políticas públicas mais equitativas, que assegurem o acesso a serviços especializados e apoio psicossocial sustentado, valorizando o nível educativo como fator de proteção e inclusão social.

De forma global, os resultados demonstram que o bem-estar parental é amplamente determinado por fatores relacionais e organizacionais, mais do que por variáveis sociodemográficas. Famílias coesas, flexíveis e bem organizadas apresentam maior capacidade de adaptação e enfrentamento, sustentando os pressupostos dos modelos de funcionamento

familiar e resiliência. Estes resultados salientam que o sistema familiar funciona como um contexto dinâmico e interdependente, capaz de se reorganizar e prosperar perante adversidades.

Em síntese, este estudo evidencia que famílias emocionalmente coesas, flexíveis e organizadas possuem maior capacidade de ajustamento às exigências da parentalidade de uma criança com PEA, constituindo-se como contextos promotores de bem-estar, desenvolvimento e qualidade de vida para todos os seus membros.

Referências Bibliográficas

Abbeduto, L., Seltzer, M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., & Murphy, M. M. (2004). Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, Down syndrome, or fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 109*(3), 237–254. https://doi.org/10.1352/0895-8017(2004)109<237:PWACIM>2.0.CO;2

American Psychiatric Association. (2018). *DSM-5® update (October 2018): Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*. American Psychiatric Publishing. https://psychiatryonline.org

American Psychological Association. (n.d.). *Resilience* [Tema do site]. APA. https://www.apa.org/topics/resilience

Azubuike, A. O., Igwe, M. N., Okorie, M. C., & Nwefoh, E. (2024). Experiences and unmet needs among caregivers of children living with autism spectrum disorder in Nigeria: A qualitative study using the socio-ecological model. *Discover Psychology, 4*(1), 18. https://doi.org/10.1007/s44155-024-00141-w

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press. https://doi.org/10.4159/harvard.9780674333236

Cabrera, N. J., Volling, B. L., & Barr, R. (2018). Fathers are parents, too! Widening the lens on parenting for children's development. *Child Development Perspectives*, *12*(3), 152–157. https://doi.org/10.1111/cdep.12275

Carmo, I. F. (2019). *Resiliência e funcionamento familiar na doença oncológica: Perceção dos pacientes* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. ISMT Repositório.

Chaki, H. B., & Faran, Y. (2025). *The effect of family characteristics on the functioning of a child with an autistic spectrum disorder in Bedouin society in Israel*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 55(3), 1078–1087. https://doi.org/10.1007/s10803-024-06255-z

Chan, K. K. S. & Leung, D. C. K. (2020). *The Impact of Child Autistic Symptoms on Parental Marital Relationship: Parenting and Coparenting Processes as Mediating Mechanisms*. *Autism Research, 13*(9), 1516-1526. https://doi.org/10.1002/aur.2297

Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2005). *Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurement* (6th ed.). McGraw-Hill.

Cridland, E. K., Jones, S. C., Magee, C. A., & Caputi, P. (2014). Family-focused autism spectrum disorder research: A review of the utility of family systems approaches. *Autism*, *18*(3), 213–222. https://doi.org/10.1177/1362361312472261

Daniels, A. M., & Mandell, D. S. (2014). Explaining differences in age at autism spectrum disorder diagnosis: A critical review. *Autism, 18*(5), 583–597. https://doi.org/10.1177/1362361313480277

Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2014). Psychosocial correlates of parenting a child with autistic disorder in Jordan. *The Journal of Nursing Research*, *22*(3), 183–191. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000042

Downes, N., & Cappe, E. (2021). Coparenting a child on the autism spectrum: A systematic review and call for research. *Journal of Child and Family Studies, 30*(2), 388–402. https://doi.org/10.1007/s10826-020-01884-1

Ekas, N. V., Lickenbrock, D. M., & Whitman, T. L. (2010). Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(10), 1274–1284. https://doi.org/10.1007/s10803-010-0986-y

Esteves, A. S. C. de M. (2010). *Estilos parentais e coparentalidade: Um estudo exploratório com casais portugueses* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Universidade de Lisboa Repositório.

Feinberg, M. E. (2003). *The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention*. *Parenting: Science and Practice, 3*(2), 95–131. https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0302_01

Figueiredo, S., & Pereira, R. (2025). *Marital Cohesion and Perceived Stress in Parents of Children with Special Educational Needs: A Study of the Impact on Couple Dynamics*. Children, 12(4), 436. https://doi.org/10.3390/children12040436

Flippin, M., & Hahs-Vaughn, D. L. (2020). Parent couples' participation in speech-language therapy for school-age children with autism spectrum disorder in the United States. *Autism, 24*(2), 363–377. https://doi.org/10.1177/1362361319862113

Flores-Builds, R., & Andrés-Roqueta, C. (2022). Parental resilience and psychological outcomes in caregivers of children with neurodevelopmental disorders. *Research in Developmental Disabilities, 123*, Article 104181. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104181

Flores-Builds, R., Andrés-Roqueta, C., & Mateu-Pérez, R. (2023). Different contributions of resilience and contextual factors to levels of anxiety, stress, and depression in parents of autistic children. *International Journal of Developmental Disabilities, 71*(4), 587–597. https://doi.org/10.1080/20473869.2023.2272402

Giannotti, M., Scarselli, G., Lucarelli, L., & Velotti, P. (2021). Parenting stress and social style in mothers and fathers of children with ASD. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(22), 11950. https://doi.org/10.3390/ijerph182211950

Goodwin, J., Saldana, S., & Graungaard, A. H. (2021). Caregiver perspectives on the impact of uncertainty in autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychiatry, 12,* 645835. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.645835

Hartley, S. L., Papp, L. M., & Bolt, D. (2018). Spillover of marital interactions and parenting stress in families of children with autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*(Suppl. 1), S88–S99. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1152552

Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*(3), 629–642. https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y

Herdiana, I., Suryanto, & Seger Handoyo. (2018). Family resilience: A conceptual review. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research, 133*, AC-PCH 2017. Atlantis Press. https://doi.org/10.2991/acpch-17.2018.19

Ilias, K., Cornish, K., Park, M. S., Toran, H., & Golden, K. J. (2019). Risk and resilience among mothers and fathers of primary school age children with ASD in Malaysia: A qualitative constructive grounded theory approach. *Frontiers in Psychology, 9*, 2275. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02275

Kapp, L., & Brown, O. (2011). Resilience in families adapting to autism spectrum disorder. *Journal of Psychology in Africa, 21*(3), 459–463. https://doi.org/10.1080/14330237.2011.10820482

Knestrict, T., & Kuchey, D. (2009). "Welcome to Holland: Characteristics of resilient families raising children with severe disabilities." *Electronic Journal for Inclusive Education, 2*(4).

Kotera, Y., Green, P., & Sheffield, D. (2021). Resilience and well-being of caregivers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual Disabilities, 25*(4), 593–607.

Kurzrok, J., McBride, E., & Grossman, R. B. (2021). *Autism-Specific Parenting Self-Efficacy: An Examination of the Role of Parent-Reported Intervention Involvement, Satisfaction with Intervention-Related Training, and Caregiver Burden*. *Autism, 25*(5), 1395-1408. https://doi.org/10.1177/1362361321990931

Laerd Statistics. (2015). *Multiple regression using SPSS Statistics*. Statistical tutorials and software guides. Retrieved from https://statistics.laerd.com/

Lee, N. A., Furrow, J. L., & Bradley, B. A. (2017). Emotionally focused couple therapy for parents raising a child with an autism spectrum disorder: A pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy, 43*(4), 662–673. https://doi.org/10.1111/jmft.12225

Lei, X. (2018). Study on relationship between family cohesion and adaptability, and quality of life of caregivers of children with ASD. *Social Welfare: Interdisciplinary Approach, 8*(1), 133–143. https://doi.org/10.21277/sw.v1i8.340

Lira-Rodríguez, J., León-del-Barco, B., Mendo-Lázaro, S., Polo-del-Río, M.-I., & Iglesias-Gallego, D. (2022). The influence of ASD severity on parental overload: The mediating role of parental stress. *Children, 9*(6), 769. https://doi.org/10.3390/children9060769

Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology, 15*(1), 3–21. https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.1.3

Mathew, N. E., Burton, K. L. O., Schierbeek, A., Črnčec, R., Walter, A., & Eapen, V. (2019). Parenting preschoolers with autism: Socioeconomic influences on wellbeing and sense of competence. *World Journal of Psychiatry, 9*(2), 30–46. https://doi.org/10.5498/wjp.v9.i2.30

McConkey, R., O'Hagan, P., & Corcoran, J. (2023). The impact of a family-centred intervention for parents of children with developmental disabilities: A model project in rural Ireland. *Children, 10*(2), 175. https://doi.org/10.3390/children10020175

McConnell, A. D., Jr. (2015). *Coparenting and relationship satisfaction in parents raising a child with an autism spectrum disorder* (Tese de doutorado, Union Institute & University). ProQuest Dissertations Publishing. https://www.proquest.com/dissertations/docview/1724503026

McHale, J., Kuersten-Hogan, R., & Rao, N. (2004). Growing points for coparenting theory and research. *Journal of Adult Development, 11*(3), 221–234. https://doi.org/10.1023/B:JADE.0000035629.29984.62

Morais, I., Carneiro, F. A., Sinval, J., Costa, P. A., & Leal, I. (2024). The Walsh Family Resilience Questionnaire: Validity evidence from Portugal. *Family Relations, 73*(5), 3357–3377. https://doi.org/10.1111/fare.13078

Myers, L., Karp, S. M., Dietrich, M. S., Looman, W. S., & Lutenbacher, M. (2021). *Family-Centered Care: How Close Do We Get When Talking to Parents of Children Undergoing Diagnosis for Autism Spectrum Disorders?* Journal of Autism and Developmental Disorders, 51(9), 3073-3084. https://doi.org/10.1007/s10803-020-04765-0

Nata, G., & Cadima, J. (2019). Parent- and family-focused support in Portugal: Context and analysis of services/programmes from an equity perspective. *Child & Adolescent Social Work Journal, 36*, 269–283. https://doi.org/10.1007/s10560-019-00613-y

Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy, 22*(2), 144–167. https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144

Olson, D. H. (2011). *FACES IV and the Circumplex Model: Validation Study*. Journal of Marital and Family Therapy, 37(1), 64–80. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x

Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (3rd ed., pp. 514–547). Guilford Press.

Pan, Y., Zhou, M., Gao, Y., Wang, S., Li, L., Zhang, C., & Chen, X. (2025). Parental co-parenting quality, children's emotion regulation abilities and prosocial behavior. *Frontiers in Psychology, 16,* 1458720. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1458720

Pedro, M. F., & Ribeiro, M. T. (2015). Adaptação portuguesa do questionário de coparentalidade: Análise fatorial confirmatória e estudos de validade e fiabilidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 28*(1), 116–125. https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528113

Portes, J. R. M., & Vieira, M. L. (2020). Coparenting in the family context of children with autism spectrum disorder. *Psicologia em Estudo, 25*, e44897. https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.44897

Rasga, C., Almeida, J., Mateus, M., Ribeiro, J. P., & Garcia, P. (2020). Prevalência da Perturbação do Espectro do Autismo em crianças da região centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pediatria, 51*(1), 24–32. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/345645881_Prevalencia_da_perturbacao_do_espectro_do_autismo_na_regiao_Centro_de_Portugal_um_estudo_no_ambito_do_projeto_ASDEU

Robertson, A. M. (2021). *Coparenting and well-being in parents of children with autism spectrum disorder* (Tese de doutorado, Florida State University). Florida State University Libraries. http://diginole.lib.fsu.edu

Rodríguez, E. M. L., et al. (2022). *The Influence of ASD Severity on Parental Overload. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(14), [Artigo 8658]. https://doi.org/10.3390/ijerph19148658

Sartor, T., Sons, S., Kuhn, J.-T., & Tröster, H. (2023). Coping resources and stress due to demands in parents to children with autism spectrum disorder. *Frontiers in Rehabilitation Sciences, 4*, 1240977. https://doi.org/10.3389/fresc.2023.1240977

Sartor, T., Sons, S., Kunina-Habenicht, O., Tröster, H., & Kuhn, J.-T. (2023). Demands and stress before and during the COVID-19 pandemic of parents to children with autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychology*, *14,* 1212556. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.121255

Sequeira, J., Vicente, H. T., Daniel, F., Cerveira, C., Silva, M. I. M. C., Neves, S., Espírito-Santo, H., & Guadalupe, S. (2021). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – Version IV (FACES IV): Validation Study in the Portuguese Population. *Journal of Child and Family Studies, 30*, 1650–1663. https://doi.org/10.1007/s10826-021-01941-3

Sequeira, J., Lino, C., Fonseca, G., & Testa Vicente, H. (2025). Validation study of the Portuguese Version of the Walsh Family Resilience Questionnaire. *Family Process*. https://doi.org/10.1111/famp.70060

Slonim, M., Oppenheim, D., Maccabi, Y., Hamburger, L., Kalir, C., Koren-Karie, N., & Yirmiya, N. (2025). Coparenting representations and interactions among parents of preschoolers with an autism spectrum disorder. *Parenting, 25*(1), 23–38. https://doi.org/10.1080/15295192.2024.2426675

Spain, D., Broomfield, A., Camacho, E., & Papanikolaou, F. (2017). *Family therapy for autism spectrum disorders*. Frontiers in Psychology, 8, 449. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00449

Ungar, M. (2016). *Multisystemic resilience: A social-justice perspective.*

Urquhart, M. (2021). *Parental responses to child-diagnosis of neurodevelopmental disorder* (Capstone project, City University, Calgary).

Van Niekerk, K., Dada, S., & Tönsing, K. M. (2023). Caregiver burden among caregivers of children with autism spectrum disorder. *South African Journal of Psychiatry, 29*, Article 2079. https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v29i0.2079

Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process, 42*(1), 1–18.

Walsh, F. (2006). Strengthening family resilience (2nd ed.). Guilford Press.

Walsh, F. (2012). The new normal: Diversity and complexity in 21st-century families. In *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (4th ed., pp. 3–27). Guilford Press.

Walsh, F. (2015). *Strengthening family resilience* (3rd ed.). Guilford Press.

Walton, K. M. (2019). Leisure time and family functioning in families living with autism spectrum disorder. *Autism, 23*(6), 1384–1397. https://doi.org/10.1177/1362361318812434

Zeidan, J., Fombonne, E., Scorah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research, 15*(5), 778–790. https://doi.org/10.1002/aur.2696

Zeira, A., Blythe, B., & Reithoffer, A. (2006). Assessing treatment integrity: A case example. *Journal of Family Strengths, 9*(1), Article 4. https://doi.org/10.58464/2168-670X.1164