



UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUÍS DE CAMÕES”

**CRIANÇAS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECÍFICAS: A COESÃO
CONJUGAL E O STRESS**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Raquel Maria Marques Pereira

Orientadora: Professora Doutora Sandra Deolinda Andrade Bastos Figueiredo

Número da candidata: 30002748

abril de 2024

Lisboa

Agradecimentos

Este trabalho é sinónimo de muito esforço e dedicação, noites mal dormidas, saídas entre amigos que ficaram para depois, dias de sol passados em frente ao computador, e tantas outras coisas. No entanto, também representa o período mais transformador da minha vida, em que fui obrigada a ultrapassar todas as adversidades, contando com o apoio daqueles que mais amo. A eles, devo-lhes isto.

Em primeiro lugar, aos meus pais, que foram colo e amparo nos dias em que não eram precisas palavras, e a quem devo tudo o que sou. Embora não vos diga tanto quanto possa: Amo-vos muito.

De seguida, quero agradecer aos meus avós, que nunca duvidaram de mim e representam aquilo que eu julgo ser amor incondicional. Espero ter-vos deixado orgulhosos.

Ao Ricardo que foi e continua a ser o meu porto de abrigo, e demonstra, todos os dias, que a vida é tão bonita se for partilhada com alguém.

Aos meus amigos, Carolina, Joana, Rita, Naita, Beatriz, Patrícia, Matilde, Fabíola, Vasco, Afonso e Filipe, que me relembram a importância de nos rodearmos de pessoas que nos fazem bem.

Quero agradecer, ainda, à minha orientadora Doutora Sandra Figueiredo, que sempre me acompanhou ao longo deste percurso e, num dos momentos mais difíceis, me aconselhou dizendo “*É a vida a acontecer*”.

Por último, o meu eterno agradecimento à Universidade Autónoma de Lisboa, que me formou e deu lugar aos anos mais felizes da minha vida.

Resumo

O presente estudo surge com o propósito de investigar o impacto das Necessidades Educativas Específicas nas dinâmicas familiar e conjugal, com foco em aspetos como a coesão, adaptabilidade e o *stress* percebido pelos pais. Procurou-se identificar se os níveis de coesão conjugal, adaptabilidade e *stress* percebido pelos pais estaria relacionado com a presença do diagnóstico no filho, bem como se o *stress* percebido atua como um mediador nesta relação. A amostra foi composta por um total de 47 participantes, com idades compreendidas entre os 32 e os 60 anos, que foram divididos em dois grupos: o grupo de pais de crianças com Necessidades Educativas Específicas e o grupo de pais de crianças com desenvolvimento típico. Os diagnósticos diferiam entre Perturbação do Espectro do Autismo, Paralisia Cerebral, Displasia Septo-Ótica, Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação, Deficiência Visual, Perturbação de Ansiedade, Perturbação Obsessiva-Compulsiva e Disortografia. Os instrumentos selecionados foram a Escala de Avaliação da Coesão e Flexibilidade Familiar (FACES III) na versão casal e a Escala de *Stress* Percebido (PSS-10). A metodologia do presente estudo engloba correlações entre as variáveis, análises de mediação e regressões lineares simples com a inclusão de variáveis sociodemográficas. Os resultados indicaram que a presença de filhos com Necessidades Educativas Específicas não teve uma associação direta com a coesão conjugal e adaptabilidade dos pais. Ambos os grupos apresentaram níveis elevados de *stress* percebido, contudo, não foram encontradas evidências para o papel mediador do *stress* percebido na relação entre as variáveis. Estes resultados enfatizam a importância da gestão do *stress* na saúde mental, através da promoção de estratégias de *coping* e técnicas de *mindfulness*, a implementação de políticas de apoio social e grupos de suporte parental. Tais iniciativas atenuam o impacto do *stress*, promovendo um ambiente familiar mais favorável e reforçando a adaptabilidade e coesão conjugal.

Palavras-chave: Necessidades Educativas Específicas; Coesão Conjugal; Adaptabilidade; *Stress* Percebido.

Abstract

The present study aims to investigate the impact of Specific Educational Needs on family and marital dynamics, focusing on aspects such as cohesion, adaptability and stress perceived by parents. It was sought to identify whether the levels of marital cohesion, adaptability and stress perceived by the parents would be related to the presence of the diagnosis in the child, as well as whether the perceived stress acts as a mediator in this relationship. The sample consisted of a total of 47 participants, aged between 32 and 60, who were divided into two groups: the group of parents of children with Specific Educational Needs and the group of parents of children with typical development. The diagnoses differed between Autism Spectrum Disorder, Cerebral Palsy, Septo-Optic Dysplasia, Developmental Coordination Disorder, Visual Impairment, Anxiety Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder and Dysorthography. The instruments selected were the Family Cohesion and Flexibility Evaluation Scale (FACES III) in the couple version and the Perceived Stress Scale (PSS-10). The methodology of this study includes correlations between variables, mediation analyses and simple linear regressions with the inclusion of sociodemographic variables. The results indicated that the presence of children with Specific Educational Needs was not directly associated with marital cohesion and parental adaptability. Both groups presented high levels of perceived stress, however, no evidence was found for the mediating role of perceived stress in the relationship between the variables. These results emphasize the importance of stress management in mental health, through the promotion of coping strategies and mindfulness techniques, the implementation of social support policies and parental support groups. Such initiatives mitigate the impact of stress, promoting a more favorable family environment and strengthening marital adaptability and cohesion.

Keywords: Specific Educational Needs; Marital Cohesion; Adaptability; Perceived Stress.

Índice

Introdução	9
Parte I- Enquadramento Teórico.....	10
1. Necessidades Educativas Específicas.....	10
1.1. Perturbação do Espectro do Autismo	12
1.2. Paralisia Cerebral.....	14
1.3. Displasia Septo-Ótica	15
1.4. Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação	17
1.5. Deficiência Visual.....	18
1.6. Perturbação de Ansiedade.....	19
1.7. Perturbação Obsessivo-Compulsiva	21
1.8. Disortografia	23
2. Aspetos da Dinâmica Conjugal e Familiar	24
2.1. Coesão e Adaptabilidade	24
2.2. Teoria da Vinculação de Bowlby	26
2.3. Transição da Conjugalidade para a Parentalidade	27
2.4. Impacto do Diagnóstico na Dinâmica Familiar e Conjugal	28
2.5. Satisfação Conjugal	30
3. Stress	32
3.1. Coping	34
Parte II- Metodologia	37
1. Objetivo Geral e Hipóteses.....	37
2. Participantes.....	38
3. Instrumentos.....	40
3.1. Questionário Sociodemográfico	40

3.2. Escala de Avaliação da Coesão e Flexibilidade Familiar - Versão Casal (FACES III)	40
3.3. Escala do Stress Percebido (PSS 10).....	41
4. Procedimentos	42
5. Análise de Dados	43
Parte III- Resultados.....	45
1. Normalidade das Distribuições	45
2. Análise Descritiva.....	46
3. Comparações entre Grupos	51
3.1. Teste de Mann-Whitney e t de Student.....	51
4. Correlações entre Variáveis.....	54
5. Mediação	60
6. Regressões Lineares	63
Parte IV – Discussão	67
Parte V – Limites, Investigações Futuras e Conclusão.....	72
1. Limitações do Estudo.....	72
2. Investigações Futuras	72
3. Conclusão.....	73
Referências Bibliográficas.....	75
Anexos	95
Anexo 1 – Consentimento Informado.....	95
Anexo 2 – Pedido de Autorização à Escola	97
Anexo 3 – Questionário Sociodemográfico	98
Anexo 4 - Parecer favorável da Comissão de Ética.....	99

Índice de Figuras e Tabelas

Figura 1 - Modelo de Mediação entre variáveis	37
Tabela 1 - Teste da Normalidade das Variáveis.....	45
Tabela 2 - Análise Descritiva da escala total de FACES III.....	46
Tabela 3 - Análise Descritiva das variáveis Coesão Real e Ideal	46
Tabela 4 - Análise Descritiva das variáveis Adaptabilidade Real e Ideal	49
Tabela 5 - Análise Descritiva do PSS-10	51
Tabela 6 - Resultados do teste de <i>Mann-Whitney</i> – diferenças entre o diagnóstico de NEE e a Coesão Real e Ideal.....	51
Tabela 7 - Resultados do teste <i>t-Student</i> – diferenças entre o diagnóstico de NEE e a Adaptabilidade Real.....	52
Tabela 8 - Resultados do teste de <i>Mann-Whitney</i> - diferenças entre o diagnóstico de NEE e a Adaptabilidade Ideal	53
Tabela 9 - Resultados do teste <i>t-Student</i> – diferenças entre o diagnóstico de NEE e o <i>Stress</i> Percebido.....	53
Tabela 10 - Coeficiente de correlação de Spearman entre NEE, Coesão Real, Coesão Ideal e Adaptabilidade Ideal	58
Tabela 11 - Coeficiente de correlação de Pearson entre NEE, Adaptabilidade Real e <i>Stress</i> Percebido.....	59
Tabela 12 - Mediação entre <i>Stress</i> Percebido, NEE e Coesão	60
Tabela 13 - Mediação entre <i>Stress</i> Percebido, NEE e Adaptabilidade.....	62
Tabela 14 - Regressão Linear Simples entre o Sexo e a Coesão.....	63
Tabela 15 - Regressão Linear Simples entre o Sexo e o <i>Stress</i> Percebido.....	64
Tabela 16 - Regressão Linear Simples entre o Número de Filhos e a Coesão.....	65
Tabela 17 - Regressão Linear Simples entre o Número de Filhos e a Adaptabilidade	65
Tabela 18 - Regressão Linear Simples entre o tipo de Diagnóstico e o <i>Stress</i> Percebido	66

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACAPO – Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal

APA – American Psychology Association

CERCI – Cooperativas de Educação e Reabilitação e Capacitação para a Inclusão

DPP – Depressão Pós-Parto

DSO – Displasia Septo-Ótica

DV – Deficiência Visual

FACES – Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale

NEE – Necessidades Educativas Específicas

PA – Perturbação de Ansiedade

PC – Paralisia Cerebral

PDC – Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PIT – Plano Individual de Transição

POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva

PSS – Perceived Stress Scale

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHO – World Health Organization

Introdução

A conjugalidade baseia-se na união entre dois indivíduos, que estão conectados por um laço afetivo e escolhem, diariamente, compartilhar as suas conquistas e perdas, procurando atender às suas necessidades psicológicas através de um suporte mútuo (Machado et al., 2022). No entanto, alguns fatores podem melindrar a satisfação e harmonia conjugal, como por exemplo questões financeiras, parentalidade e ameaça à saúde mental ou mesmo perturbações a nível da saúde mental (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2020; Choi & Jung, 2021; Durães et al., 2020; Wagner et al., 2019).

A decisão de criar a sua própria família é um passo bastante importante na relação daqueles que assim o desejam e tem em conta diversos fatores, contudo, a idealização de um filho poderá surgir muito antes da gestação. É nesta imagem que o casal desenvolve o ideário do filho até ao momento em que o recebe nos seus braços (Franco, 2015; Milbrath, 2013; Ribas & Souza, 2020). Ao depararem-se com a presença de uma Necessidade Educativa Específica, a estrutura até então construída pelo casal poderá ser abalada, uma vez que se instala o medo e serão necessárias alterações na dinâmica familiar (Araújo & Duarte, 2012; Martins & Silva, 2020; McConnell et al., 2015).

O modo como a família recebe e encara o diagnóstico do filho é influenciado por diversas componentes, incluindo a forma como esta informação é transmitida e esclarecida pelos profissionais de saúde, o impacto da perturbação no desenvolvimento da criança e no seu nível de autonomia, a perceção da família em relação à realidade social e à construção social da deficiência (Gronita, 2022). A necessidade de adaptação aos desafios que lhes são impostos, pode ter implicações significativas na coesão conjugal e familiar. A coesão refere-se à qualidade dos vínculos afetivos entre os membros de uma família e cônjuges, enquanto a adaptabilidade remete para a capacidade de lidar com mudanças e fatores stressores (Olson et al., 2019).

Neste contexto, a escassa informação sobre esta temática, levanta a necessidade de averiguar o impacto dos diferentes diagnósticos nas dimensões da dinâmica familiar e conjugal, incluindo a coesão, adaptabilidade e *stress* percebido pelos pais. O presente estudo visa comparar os níveis de coesão, adaptabilidade e *stress* percebido entre indivíduos com filhos com este diagnóstico e indivíduos com filhos com desenvolvimento típico.

Parte I- Enquadramento Teórico

1. Necessidades Educativas Específicas

Antes de ser Necessidades Educativas Específicas, a terminologia utilizada era Necessidades Educativas Especiais (NEE), que surgiu pela primeira vez em 1978, no Relatório Warnok. Este termo diz respeito a toda e qualquer incapacidade ou dificuldade da criança em contexto educativo e curricular, incluindo perturbações comportamentais, capacidades intelectuais elevadas, perturbações a nível da linguagem, dificuldades de aprendizagem e limites de capacidade intelectual, que necessitam de um auxílio baseado em todas as suas características pessoais, uma vez que existem variadíssimos tipos de necessidades específicas e cada um com as suas singularidades (Casado-Muñoz et al., 2019; Madureira & Leite, 2003; Sanches, 2011).

Primeiramente, é necessário distinguir os dois tipos de NEE quanto ao seu carácter: temporário e permanente. As NEE de carácter temporário, tal como o nome indica, requerem uma adaptação parcial do currículo de acordo com as características do aluno, durante uma fase específica do seu percurso escolar. Este tipo de NEE remete para questões relacionadas com a aquisição de habilidades de leitura, escrita e cálculo, bem como questões relacionadas com o desenvolvimento motor, perceptivo, linguístico e socioemocional. Por outro lado, as NEE de carácter permanente exigem uma modificação generalizada do currículo, que se mantém durante todo ou grande parte do percurso escolar. Na sua origem podem estar problemas orgânicos, funcionais, questões socioculturais e económicas (Galinha, 2017).

Em Portugal, tanto o conceito como as próprias práticas inclusivas foram desenvolvidas de uma forma mais lenta, evidenciando três fases. A primeira fase remete-nos para o século XIX, através da criação de institutos e abrigos que acolhessem a comunidade cega e surda, de teor assistencialista; A segunda fase ocorre na década de 60, com a criação de serviços como internatos e centros de educação especial que se responsabilizassem pela organização de meios educativos para crianças com deficiência. O número de alunos com estas necessidades aumenta, bem como a procura de formação especializada por parte dos professores, e a colaboração do Estado torna-se mais evidente. Por último, a terceira fase, na década de 70, foi bastante importante uma vez que foram consagrados os direitos de igualdade referentes à

Educação, através do Decreto-Lei Nº 5/73, e o Estado passou a ter de incluir uma política que resultasse na integração desta população (Bairrão, 1998; Leite & Brás, 2019).

Embora tivesse representado um grande marco para a comunidade, a integração estava apenas associada à inserção de alunos com NEE em salas de aula regulares, isto é, não implicava que fossem feitos ajustes ao ambiente ou currículo de acordo com as necessidades específicas de cada um. Contrariamente, a inclusão, como é atualmente patenteada, garante que cada aluno, independentemente das suas características ou necessidades, tenha as mesmas oportunidades de aprendizagem, participação e desenvolvimento. Deste modo, o ensino inclusivo incorpora práticas como a adaptação do currículo, metodologias de ensino e o próprio espaço (Francisco et al., 2020; Junior et al., 2023; Neder, 2023).

Após a década de 70, surgiram as Cooperativas de Educação e Reabilitação e Capacitação para a Inclusão (CERCI), um conjunto de instituições de ensino especial que procuravam dar respostas pedagógicas e sociais, de modo a atenuar a escassa oferta de oportunidades apresentadas pelo Ministério da Educação (Ferreira et al., 2015).

Nesta instância, Portugal ainda associava a prática de Educação Especial aos casos mais complexos, contudo, influenciado pela Declaração de Salamanca, retificou esta questão no Decreto-Lei nº3/2008. Assim sendo, passou a incluir todo o tipo de casos e necessidades, bem como diversas estratégias apropriadas para os diferentes cenários com que se debatiam (Esteves, 2020; Fernandes & Lima-Rodrigues, 2016). Outra medida incluída no Decreto-Lei nº3/2008 remete para a introdução e implementação do Plano Individual de Transição (PIT). Este instrumento destina-se a facilitar a transição e integração dos alunos com NEE de carácter permanente no meio laboral ou numa instituição ocupacional, considerando o perfil, aptidões e interesses dos mesmos. Posteriormente, foi publicado o Decreto-Lei nº 54/2018, na qual está presente a alteração do conceito Necessidades Educativas Especiais para Necessidades Educativas Específicas (Esteves, 2020).

De um modo geral, surgiram alterações fundamentais nesta temática, no entanto, ainda existe um longo caminho a percorrer, mais especificamente a nível das condições necessárias para dar resposta aos alunos com NEE. Neste sentido, é essencial uma maior sensibilização por parte da sociedade, o investimento numa formação adequada dos docentes e a integração de

um maior número de recursos humanos e materiais pedagógicos específicos (Correia, 2005; Costa et al., 2022c; Leal & Pires, 2024; Sanches & Teodoro, 2007; Tuchinski et al., 2020).

Silva (2004) destaca a importância de uma escola inclusiva, que é enriquecida pela diversidade e trabalha no aperfeiçoamento de todos os recursos disponíveis para atender às necessidades educativas dos alunos. O autor refere, ainda, que esta proporciona apoios que abrangem as áreas curriculares, pessoais e materiais, com o intuito de promover o desenvolvimento académico e pessoal tanto dos alunos como dos professores.

1.1. Perturbação do Espectro do Autismo

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), trata-se de uma perturbação do Neurodesenvolvimento, que envolve dificuldades a nível da comunicação e interação social, bem como a adoção de padrões de comportamento, atividades e interesses bastante inflexíveis e repetitivos (Schaeffer, 2023; World Health Organization, WHO, 2019). Os indivíduos com este tipo de diagnóstico apresentam algumas questões comportamentais, sensoriais, emocionais e cognitivas que são refletidas no seu quotidiano e, consequentemente, limitam o seu desenvolvimento, isto é, ao adotar determinados comportamentos e demonstrar intolerância face aos imprevistos, acabam por ter repercussões a nível pessoal, familiar, social, educacional e profissional (Giambona et al., 2023; WHO, 2019).

Relativamente à sua prevalência, o autismo ocorre em maior número no sexo masculino em comparação ao sexo feminino. Talantseva e colaboradores (2023) realizaram um estudo com o objetivo de averiguar e comparar o número de casos entre os diferentes continentes e países. Diante os resultados, os autores verificaram que a taxa de prevalência mais significativa de PEA a nível continental pertence à América do Norte, representando cerca de 1.01% da sua população, seguindo-se a Europa com cerca de 0.73%, e a Ásia representando 0.41% da sua população. Por sua vez, os Estados Unidos da América representam o país com maior taxa de prevalência, estimando cerca de 1.12% da população e contrariando Taiwan, que, com cerca de 0.11% da população, apresenta a taxa de prevalência mais baixa. Em Portugal, ainda não estão disponíveis muitas informações sobre esta temática, porém, Oliveira (2005) procurou investigar a taxa de prevalência de crianças com idade escolar a nível nacional e concluiu que uma em cada mil crianças possui este diagnóstico.

Os primeiros sintomas podem ser detetados entre os 12 e os 24 meses, contudo, na maioria dos casos, o diagnóstico tende a surgir mais tarde, o que faz com que a intervenção não seja tão eficiente (WHO, 2019). Neste sentido, é importante referir que também são reconhecidas diferenças entre o sexo masculino e feminino, visto que as mulheres demonstram menos dificuldades linguísticas e uma maior capacidade de socialização. No entanto, este contraste poderá ser explicado pela capacidade que estas têm em camuflar os seus sintomas e pelos comportamentos compensatórios que desenvolvem em prol da sua interação para com os pares, algo que acaba por fazer com que os sintomas não sejam automaticamente reconhecidos e, consequentemente, surja um diagnóstico mais tardio, comprometendo a sua qualidade de vida e intervenção (Cola et al., 2020; Salari et al., 2022).

Colizzi e colaboradores (2020) realizaram um estudo com o intuito de analisar o impacto da pandemia nos sintomas e bem-estar de jovens com PEA. A recolha de dados ocorreu em abril de 2020 e contou com a participação de 527 indivíduos com filhos com esta patologia. Os resultados demonstraram que cerca 93,9% das famílias encarou este período como sendo desafiante, 77% consideraram-no mais difícil do que o período anterior à pandemia, 35,5% apontaram para um maior número de problemas de comportamento no filho e 41,5% destacaram uma maior frequência dos mesmos. Para além disso, 19,1% procurou o serviço de neuropsiquiatria e, cerca de 1,5%, acedeu aos serviços de urgência face a estas alterações.

No que toca ao período em que se realiza o diagnóstico de PEA, Daniels e Mandell (2013) procederam à análise de 42 pesquisas com este tema, de forma a concluir qual a idade média em que estas crianças são diagnosticadas e quais os fatores que contribuem para o mesmo. Os resultados indicaram que a idade média variava entre os 32 e os 111 meses, sendo que, as características da própria criança, como o sexo, o seu nível socioeconómico ou até mesmo as características do serviço de saúde poderiam estar associadas a essas conclusões.

O aumento exponencial no número de casos a nível mundial é bastante preocupante e poderá estar relacionado com a crescente consciencialização da importância e contornos deste assunto, a ampliação dos critérios de diagnóstico, bem como melhorias nos instrumentos utilizados para o mesmo e, por último, o aprimoramento das informações transmitidas por parte dos profissionais de saúde (Dias et al., 2021). Neste sentido, a transmissão de todas as informações alusivas ao diagnóstico e tratamento são fundamentais, uma vez que promove não

só a consciencialização destes pais, como a possibilidade de um olhar mais otimista face ao futuro (Smith-Young et al., 2020).

1.2. Paralisia Cerebral

A Paralisia Cerebral (PC) remete para uma lesão no Sistema Nervoso Central em fase de desenvolvimento, que interfere nas funções cognitivas, linguísticas, sociais e motoras de uma criança e compromete não só o seu desenvolvimento, como toda a dinâmica daqueles que a rodeiam. Trata-se da causa mais comum de incapacidade física na infância e está presente em dois a cada mil nados-vivos (Herther et al., 2020; Oskoui et al., 2013).

A sua origem remete para diversos fatores e o modo como é classificada varia consoante o período em que ocorreu: fase pré-natal, perinatal e pós-natal. Na fase pré-natal, isto é, antes do nascimento, as infeções intrauterinas como a rubéola, toxoplasmose e citomegalovirus, bem como sofrimento fetal podem representar fatores de risco para o desenvolvimento normal do cérebro. Na fase perinatal, alusiva ao período do nascimento, os fatores de riscos dizem respeito a prematuridade, a ausência ou diminuição de oxigenação no cérebro no momento do parto, também conhecida pelo termo anoxia, e a hiperbilirrubinemia. Por fim, depois do nascimento, no período pós-natal, infeções no sistema nervoso central, acidentes vasculares cerebrais e paragens cardiorrespiratórias poderão contribuir para lesões e consequente paralisia cerebral (Evans et al., 2023; Smyth et al., 2024).

Os seus sintomas afetam, primeiramente, o tónus muscular, postura e movimento da criança. No entanto, além das complicações motoras presentes em todos os casos, também podem ocorrer outras alterações como a epilepsia, deficiência intelectual, dificuldades na fala, problemas na alimentação, excesso de saliva, bruxismo, perda auditiva, problemas de visão e desafios sensoriais, bem como questões que impactam a perceção e a coordenação visuomotora (Souza, 1996; Rotta, 2002; Leite & Prado, 2004; Ciasca, Moura-Ribeiro & Tabanquim, 2006; Kavak & Bumin, 2009).

Neste seguimento, é inevitável que surjam mudanças no contexto sistémico familiar, mais nomeadamente nas rotinas e papéis a desempenhar, tendo em conta que uma das figuras parentais deve assumir o papel de cuidador informal do filho. Este papel é frequentemente atribuído à figura materna e, por conta do estigma que ainda persiste na sociedade, as

exigências do próprio diagnóstico e a consequente privação de uma vida social ativa, grande parte destas mulheres sofrem de ansiedade e depressão (Liu et al., 2023; Smith & Blamires, 2022). De um modo geral, as famílias com portadores de PC tendem a desvalorizar as suas necessidades emocionais, individuais, físicas, sociais e monetárias, dando primazia aos cuidados da criança (Chiluba & Moyo, 2017).

Relativamente à terapêutica, esta não visa a cura em si, mas sim o aumento da funcionalidade e capacidades, sendo importante reconhecer as especificidades de cada caso para que se possa dar a melhor resposta e tratamento possível. Apesar de algumas dificuldades persistirem, a fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia demonstram ser bastante oportunas para os casos de PC. Recentemente, comprovou-se que a participação em atividades recreativas que incluam a família e se adequem às necessidades da criança, baseando-se em brincadeiras estruturadas, promovem melhorias superiores às esperadas (Cardoso et al., 2024; McCoy et al., 2020).

Choi e colaboradores (2021) procuraram investigar o impacto de uma intervenção que integrasse a realidade virtual em crianças com lesões cerebrais, incluindo paralisia cerebral. A amostra foi composta por 80 participantes, com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos. O grupo de intervenção recebeu uma combinação de 30 minutos de terapia de realidade virtual e 30 minutos de terapia ocupacional convencional, contrastando o grupo de controlo, que apenas recebeu 60 minutos de terapia ocupacional convencional. Embora tenham sido observadas melhorias em ambos os grupos, a realidade virtual demonstrou provocar evoluções mais significativas a nível da destreza do membro superior, no desempenho das atividades de vida diária e supinação do antebraço por análise cinemática. Concluiu-se, ainda, aquando incluídas no grupo de intervenção, as crianças com deficiência motora mais grave apresentaram consideráveis melhorias face aquelas com deficiência menos grave.

1.3. Displasia Septo-Ótica

A Displasia Septo-Ótica (DSO), também conhecida por Síndrome de Morsier, é uma condição neurológica que afeta cerca de 1 a cada 10.000 crianças e caracteriza-se pela presença de pelo menos dois dos seguintes fatores: alterações nas estruturas da linha média, mais especificamente ausência ou hipoplasia do *septum pellucidum*, hipoplasia de um ou ambos os

nervos óticos e variações na função do hipotálamo-hipófise (Reis et al., 2022). O hipopituitarismo consiste na atividade reduzida da hipófise e trata-se do sintoma mais comum e relatado por pacientes com DSO, sendo observado em cerca de 62-80% dos casos (Kurtoğlu et al., 2019).

A DSO trata-se de uma condição rara congénita que, apesar das suas causas ainda serem desconhecidas, está associada a influências genéticas e ambientais no início da gestação. O uso de substâncias na maternidade, assim como infeções virais e diabetes gestacionais poderão ser considerados fatores predisponentes. Para além disso, estudos relatam que mais de metade das crianças com DSO são filhos de mães com menos de 20 anos de idade, isto é, ocorre em maior número em grávidas mais jovens (Ganau et al., 2019; Garcia-Filion & Borchert, 2013; McCabe et al., 2011; Willnow et al., 1996).

A gestão da DSO é complexa devido à variedade de sintomas que afetam o desenvolvimento cognitivo, função endócrina, sono e visão, tendo como resultado perturbações visuais, paralisia cerebral, crises epiléticas e hipoglicemia que a podem acompanhar desde o nascimento. As perturbações intelectuais associadas variam de níveis considerados normais a graves, consistindo noutra condicionante a ter em consideração na intervenção da DSO (Mann et al., 2023).

Relativamente à intervenção, é necessária a reposição hormonal nos casos mais graves e, devido à complexidade de sintomas e falta de compreensão das consequências a nível comportamental, os aspetos médicos são priorizados, e os desafios comportamentais e da vida diária deixados para segundo plano (Mann et al., 2023).

Recentemente, realizou-se uma revisão sistemática com o objetivo de explorar o tipo e prevalência de perturbações do Neurodesenvolvimento, incluindo défices cognitivos, comportamentais, emocionais e sociais, bem como sintomas de PEA, em crianças com DSO. Através da revisão de 20 artigos científicos e uma amostra total de 479 crianças com este diagnóstico, foi possível observar que 35% possuíam sintomas e diagnóstico de PEA, 52% apresentavam défices cognitivos e um atraso no desenvolvimento, 48% apresentavam défices comportamentais, emocionais e sociais. Deste modo, o elevado nível de prevalência de PEA em crianças com DSO enfatiza a importância de uma intervenção que englobe todas as dificuldades mencionadas (Mann et al., 2023).

1.4. Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação

A Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação (PDC), refere-se a uma perturbação do Neurodesenvolvimento, que está presente em 5 a 6% das crianças com idade escolar. A PDC remete para um atraso no desenvolvimento motor, isto é, dificuldades na realização de movimentos que seriam expectáveis para a sua idade e, por sua vez, se refletem na forma como desempenham as atividades de vida diária (AVD), desde escovar os dentes, utilizar os talheres durante as refeições, vestir-se ou até mesmo calçar os sapatos (APA, 2014). Além disso, causa alterações no desenvolvimento da função cerebral, implicando a realização de tarefas que envolvam aspetos da função executiva, como por exemplo no planeamento, organização, tomada de decisão, memória de trabalho, movimentos dirigidos com um objetivo, visualização e o controlo da velocidade do movimento (Dewey & Bernier, 2016; Maleki & Zarei, 2016; Wilson et al., 2013).

Subara-Zukic e colaboradores (2022) elaboraram uma revisão sistemática composta por 100 artigos científicos, de modo a analisar os défices no controlo motor e cognitivo, na aprendizagem e na função cerebral em crianças com PDC, comparando com crianças sem este diagnóstico. Os resultados revelaram uma falha na sincronização entre a visão e o movimento, afetando a coordenação entre os olhos e mãos e a navegação locomotora em terrenos irregulares. Para além disso, observaram-se dificuldades no planeamento dos movimentos de forma eficaz.

Por conta das questões mencionadas anteriormente, ao serem vistas como “desajeitadas” aos olhos da sociedade, estas crianças abstêm-se de participar em atividades físicas, algo que promove o seu isolamento, uma baixa autoestima e, consequentemente, dificuldades em relacionar-se com os pares. Todos estes fatores acabam por contribuir para um baixo desempenho académico, que se verifica, principalmente, ao nível da leitura, matemática e caligrafia (Cairney et al., 2005; Cummins et al., 2005; Fogel et al., 2023).

Relativamente ao diagnóstico, este pressupõe a identificação de quatro critérios: (1) a aquisição ou execução de habilidades motoras coordenadas abaixo do esperado para a sua idade; (2) a interferência significativa das dificuldades motoras nas atividades do quotidiano e no desempenho académico; (3) o aparecimento dos sintomas no início do desenvolvimento; (4) a incapacidade de relacionar as dificuldades motoras com qualquer deficiência intelectual,

deficiência visual ou condição neurológica que afete o movimento (APA, 2014). Neste seguimento, o diagnóstico é maioritariamente realizado no período escolar, fator que contribui para uma intervenção tardia e menos eficaz (APA, 2014; Blank et al., 2019).

A PDC surge frequentemente acompanhada por outras perturbações do Neurodesenvolvimento, como por exemplo PEA e Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA). Neste sentido, verifica-se que o diagnóstico de PDC aumenta cerca de 14 a 50% das hipóteses de ter PEA e, em maior número, entre 30 e 50% das hipóteses de ter PHDA. É importante ressaltar, ainda, que a prematuridade e o sexo masculino representam fatores de risco para o seu desenvolvimento (APA, 2014; You et al., 2023).

Por último, estudos revelam que até 75% das crianças com este tipo de diagnóstico continuam a ter dificuldades na idade adulta. Estes resultados enfatizam a necessidade de proceder com o diagnóstico antes do início da idade escolar, de forma a delinear a sua intervenção o mais depressa possível e proporcionar uma melhor qualidade de vida a estas crianças e uma maior autonomia para a sua vida adulta (Zwicker & Lee, 2021).

1.5. Deficiência Visual

A Deficiência visual (DV) está associada a perdas ou reduções na estrutura ou função anatómica no campo visual do indivíduo, que resultam na incapacidade ou dificuldade em realizar determinadas tarefas. Este termo engloba determinadas condições, como a cegueira e a baixa visão (Silva & Nogueira, 2023).

Primeiramente, a baixa visão e a acuidade visual reduzida remetem para perdas leves, moderadas, severas ou profundas que induzem a um menor número de respostas visuais, independentemente do seu tratamento ou correção ótica. Neste contexto, são necessários recursos específicos para dar resposta a estas questões, como por exemplo a adoção de materiais escolares que permitam que estas crianças participem no sistema de ensino e, consequentemente, produzam melhorias na qualidade de vida e desempenho escolar da criança (Bruno, 2006; Costa et al., 2019b).

Por sua vez, a cegueira diz respeito à ausência total ou significativa da visão que, embora não impossibilite a sensação de luminosidade, pode afetar permanentemente a sua

capacidade de perceber cores, tamanho, distância, forma, posição e movimento. Através do Sistema Braille, o indivíduo acede e retém informação no seu quotidiano, isto é, torna possível a sua inserção e participação social (Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal, ACAPO, 2015; Bruno, 2006; Costa et al., 2019b; Sousa & Piscalho, 2016).

As suas causas podem ser caracterizadas como intrauterina, congénita – decorrente de uma má formação ocular ou doenças oculares hereditárias até aos cinco anos de idade – ou adquirida – surgindo após os cinco anos por conta de uma patologia de ação tardia ou traumas oftalmológicos provocados por acidentes (Bruno, 2006; Oliveira et al., 2017).

Ao contrário do que acontece com outros diagnósticos, a DV não prediz dificuldades cognitivas, emocionais ou de adaptação social, no entanto, a inclusão destas crianças na sociedade e ambiente escolar é bastante importante não só para o seu desenvolvimento, como para a sua aprendizagem e adaptação. Deste modo, as interações criadas entre os pares, bem como as comunicações e significados socialmente construídos acabam por moldar a sua identidade e crescimento (Bruno, 2006).

Caron e colaboradores (2023) apresentaram uma revisão sistemática de 32 estudos, relacionados com a eficácia de estratégias de promoção de competências sociais em crianças e adolescentes com deficiência visual. Estes estudos contavam com um total de 397 participantes, com idades compreendidas entre os 3 e os 20 anos. As estratégias de intervenção variaram entre *feedback*, dramatização, incentivos e mediação entre pares, visando uma promoção das aptidões sociais. Diante as observações, concluiu-se que as atividades focadas na interação entre pares potencializavam a iniciação de outras interações sociais, atenção visual e reduções nos comportamentos inadequados, e que a introdução de brinquedos sonoros promovia o interesse e exploração dos materiais, bem como momentos lúdicos com outras crianças.

1.6. Perturbação de Ansiedade

A Perturbação de Ansiedade (PA) caracteriza-se, tal como o nome indica, por sentimentos de ansiedade que durem por mais de seis meses e pela preocupação excessiva com algo que possa vir a acontecer, acompanhada por sintomas cognitivos, como a dificuldade de concentração, pensamento catastrófico e hipervigilância, sintomas emocionais, como o medo

e irritabilidade, ou sintomas comportamentais, como a esquiva e a inquietude (Silva et al., 2022).

Apesar da ansiedade ser uma resposta natural face a um determinado medo ou interpretação de ameaça, a forma como esta é experienciada e a sua interferência no funcionamento normativo do indivíduo acabam por determinar se é considerada uma condição patológica. Deste modo, perante os desafios com que se debatem, indivíduos com este diagnóstico tendem a não conseguir controlar aquilo que sentem, algo que interfere na sua qualidade de vida e bem-estar. Contrariamente, nos casos em que a ansiedade não é considerada patológica, existe a possibilidade e capacidade de priorizar outras questões da sua vida, encarando de uma forma mais consciente estes sentimentos (APA, 2014; Kartika et al., 2023).

A PA abrange várias categorias, cada uma com focos e gatilhos específicos. Estas incluem Ansiedade de Separação, Ansiedade Social, Perturbação de Pânico e Ansiedade Generalizada (APA, 2014), que passarão a ser abordadas tendo em conta o contexto deste estudo.

Segundo o DSM-5 (p.189), a ansiedade de separação é mais frequente em tenra idade, contudo pode estender-se e acompanhar estes indivíduos ao longo da sua vida. Caracteriza-se pelo medo constante de ficar sem as figuras de apego ou afastamento do lar, chegando a condicionar o seu comportamento e desenvolvimento (APA, 2014).

A ansiedade social (p. 202-205) representa o medo e evitamento de situações sociais que, na sua visão, requerem qualquer tipo de avaliação por parte dos pares, isto é, o receio de ser julgado ou rejeitado impede que este indivíduo conviva com outras pessoas e, quando o faz, reproduz um grande sofrimento para si. O sexo feminino constitui maior prevalência do que o sexo masculino, sendo mais frequente na adolescência e jovens adultos (APA, 2014).

Os ataques de pânico acompanhados por sintomas como palpitações, tremores, sensação de asfixia ou falta de ar, calafrios ou ondas de calor, medo de perder o controlo ou morrer, náuseas, desrealização ou despersonalização fazem parte da perturbação de pânico (p. 208-210). Estes ataques podem ser inesperados – sem motivo aparente, podendo até mesmo surgir durante a noite – ou esperados – desencadeados por um motivo conhecido pela pessoa. Tal como acontece na ansiedade social, o sexo feminino representa maior prevalência, porém é na idade adulta que atinge o pico (APA, 2014).

Por último, de acordo com o DSM-5 (p. 222-224), a ansiedade generalizada retrata a preocupação excessiva face a variados assuntos do seu quotidiano e é neste contexto que os adultos diferem das crianças, tendo em conta que as últimas voltam a sua preocupação para o grau de competência e desempenho. Nos adultos, a presença de três destes sintomas e duração superior a seis meses poderão comprovar esta perturbação: inquietação, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbações a nível do sono. Em contraste, as crianças necessitam apenas de um destes sintomas para o diagnóstico (APA, 2014).

Lee e colaboradores (2023) realizaram um estudo para investigar uma possível relação entre a dependência de *smartphones* e a perturbação de ansiedade generalizada em adolescentes sul-coreanos. Este estudo contou com a participação de 54 948 jovens que frequentavam o ensino básico e secundário, sendo que 25,1 % apresentava uma dependência face aos *smartphones*, dos quais 20,3% tinha sido diagnosticado com perturbação de ansiedade generalizada. Os resultados demonstraram que esta dependência aumentava em 2,15 vezes o risco de desenvolver essa perturbação, comparativamente aos outros participantes. Para além disso, a probabilidade de apresentar sintomas ansiogénicos aumentou quando o *smartphone* afetou negativamente as suas relações sociais.

Em suma, esta perturbação consiste no problema mais comumente observado nos jovens, apresentando uma taxa de prevalência de cerca de 6,5% nesta faixa etária. As diferentes categorias refletem a diversidade da sua sintomatologia, algo que poderá dificultar o diagnóstico. Apesar da sua complexidade, o diagnóstico precoce e uma intervenção mais adequada são fundamentais para amenizar o impacto que esta tem na vida de cada um (Rapee et al., 2023).

1.7. Perturbação Obsessivo-Compulsiva

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), trata-se de uma perturbação psiquiátrica, que está associada a obsessões e/ou compulsões, que interferem drasticamente na rotina do indivíduo e no seu bem-estar. Estes comportamentos podem comprometer o seio familiar, social, académico e profissional, dado que os impulsos que estes indivíduos têm, mostram-se, muitas vezes, difíceis de gerir (Stein et al., 2019).

Neste sentido, de modo a aprofundar o seu conhecimento e reconhecer os seus contornos, é importante saber distinguir dois conceitos relacionados com a perturbação, sendo eles: obsessões e compulsões. Em primeiro lugar, as obsessões dizem respeito a pensamentos intrusivos, como medos, imagens ou impulsos, que são indesejados, incontrolláveis e repetitivos e, consequentemente, interrompem o pensamento normal. Por sua vez, as compulsões são comportamentos repetitivos realizados como resposta a uma obsessão, com o objetivo de reduzir a angústia associada ou prevenir eventos temidos (APA, 2014).

O diagnóstico requer que existam rituais que ocupem mais de uma hora por dia na vida do sujeito, em que muitas vezes acabam por gerar um sofrimento significativo, afetando as diferentes áreas da sua vida. Para além disso, os sintomas não podem estar associados ao consumo de substâncias ou outras condições médicas, além de que não se deverá verificar outro transtorno mental que justifique estes sintomas (APA, 2014).

Nos mais jovens, tanto o diagnóstico, como a sua intervenção demonstram ser bastante desafiantes, por conta da diversidade etiológica, a falta de consciência e *insight* nas crianças e adolescentes e a necessidade de pesquisa e conhecimento especializados para elaborar o tratamento mais eficiente. Neste sentido, a família desempenha um papel fundamental na vida destas crianças, uma vez que é quem decide o rumo a seguir na intervenção, influenciando, desta forma, o curso e prognóstico de POC (Liu & Fan, 2023).

Embora a taxa de prevalência varie entre 2 e 4% da população escolar, esta perturbação tende a ser mais comum no sexo masculino em comparação com o sexo feminino (Liu & Fan, 2023; Walitza et al., 2020).

Relativamente aos fatores de risco, estudos sugerem que predisposição genética para os sintomas obsessivo-compulsivos é mais elevada quando estes se manifestam na infância, apresentando valores que variam entre os 45 e 65%, em comparação com a sua manifestação na idade adulta, que se traduz em valores compreendidos entre os 27 e os 47% (Van Grootheest et al., 2005). Neste seguimento, cerca de metade dos adultos diagnosticados com POC, apresentou os primeiros sinais antes dos 11 anos de idade (De Mathis et al., 2013). Se, por um lado, é atribuída causa a fatores genéticos, por outro, o meio também pode ter impacto e influenciar o desenvolvimento desta perturbação, podendo contribuir para que se desenvolvam certas obsessões e/ou impulsos (Stein et al., 2019).

Algo que reforça a importância do tratamento nesta perturbação é o facto de se verificar uma elevada probabilidade em desenvolver comorbidade com PHDA e a presença de tiques, sendo extremamente necessário que se atentem a todos os contornos de POC e os considerem ao delinear a sua intervenção (Liu & Fan, 2023; Stein et al., 2019; Walitza et al., 2020).

Henein e colaboradores (2022) realizaram um estudo a jovens entre os 8 e os 17 anos, que haviam sido encaminhados e avaliados no Serviço de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, com o objetivo de avaliar se a pandemia teria agravado os sintomas de POC previamente relatados e contribuía para outros novos casos. A recolha de dados decorreu entre os meses de março e outubro, de 2018, 2019 e 2020. Concluiu-se que não houve diferenças significativas na gravidade dos sintomas dos jovens avaliados antes e durante a pandemia, contudo, aqueles que foram avaliados em 2020 apresentaram uma maior deterioração durante a pandemia do que aqueles que haviam sido avaliados nos anos anteriores.

1.8. Disortografia

A Disortografia representa uma perturbação da aprendizagem específica com défice na expressão escrita, que afeta cerca de 5 a 15% das crianças em idade escolar, e se caracteriza pelas persistentes e recorrentes dificuldades que a criança sente na composição de textos, desde a sua organização à estruturação. Deste modo, a construção frásica tende a ser curta e pobre, contando com a presença de vários erros ortográficos (Pereira, 2009; Rodrigues, 2023).

O diagnóstico pressupõe que estas dificuldades advenham de fatores biológicos e que persistam durante, pelo menos, seis meses, acarretando prejuízos a nível académico dado o desempenho inferior ao expectável para a sua idade. Para além disso, estas dificuldades não podem ser explicadas por outras patologias (APA, 2014).

Nos primeiros anos do seu percurso escolar, é expectável que as crianças se debatam com alguns desafios a nível da escrita, tendo em conta que é algo completamente desconhecido, até então, por si. Contudo, a distinção entre estas crianças e aquelas que possuem disortografia reside no facto de que, as primeiras, conseguem superar tais dificuldades à medida que progridem na sua jornada académica (Zorzi, 1998, citado por Fernández et al., 2010).

A disortografia é frequentemente associada a outra perturbação da aprendizagem, também conhecida como dislexia, tendo em conta que ambas acarretam prejuízos a nível da ortografia. No entanto, a dislexia tem uma base neurológica com origem em fatores genéticos e hereditários, e caracteriza-se, principalmente, por complicações na leitura exata e fluente das palavras de acordo com aquilo que seria o expectável para a sua idade cronológica. Afetando cerca de 5 a 17,5% das crianças em idade escolar, representa a causa mais frequente do baixo desempenho académico (Wilmot et al., 2023).

Por conta da pandemia COVID-19, foram elaboradas medidas para conter a propagação, como o encerramento temporário das escolas, em que os alunos foram obrigados a permanecer em confinamento e passaram a adotar o ensino à distância. Todavia, a implementação de estratégias de ensino que incluíssem estas crianças demonstrou ser uma tarefa árdua para os docentes e as suas dificuldades foram agravadas, evidenciando prejuízos que persistem até ao momento (Meneses et al., 2021).

Recentemente, realizou-se um estudo com a finalidade de averiguar o impacto de uma intervenção multissensorial em alunos com disortografia, mais nomeadamente se esta potencializava as habilidades ortográficas dos 30 participantes, com idades compreendidas entre os 7 a 9 anos. Esta intervenção consistiu na apresentação visual, auditiva e prática das palavras, através da sua escrita em cartolinas, facilitando a compreensão do movimento das letras. Para além disso, foram realizadas revisões semanais para consolidar os conhecimentos. Após seis semanas, observaram-se melhorias significativas nestas habilidades em comparação ao outro grupo, sugerindo a importância desta abordagem na disortografia (Adewunmi et al., 2023).

2. Aspetos da Dinâmica Conjugal e Familiar

2.1. Coesão e Adaptabilidade

A coesão conjugal remete-nos para o vínculo afetivo e emocional dos membros de um casal, isto é, a perceção que um indivíduo tem da qualidade da relação que estabeleceu com outro e do sentimento de pertença entre cônjuges. A coesão representa um fator bastante importante para o bem-estar comum, contudo, quando isto não se verifica, poderá causar o efeito oposto, comprometendo o equilíbrio da relação e o bem-estar individual (Fu et al., 2023;

Olson et al., 2019; Spanier, 1976; Wijaya & Widyaningsih, 2021). Este conceito envolve elementos como a participação em atividades extrafamiliares conjuntas, a troca de ideias sobre determinada temática e a colaboração em projetos comuns. Por sua vez, o seu enfraquecimento pode ter origem em fatores externos, como compromissos e sobrecarga laboral, ou fatores internos à relação, como padrões de comunicação, expectativas individuais e necessidades emocionais (Abreu-Afonso et al., 2022; Spanier, 1976).

Neste contexto, Olson (1979) elaborou o Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e da Família com o intuito de promover uma compreensão e avaliação da dinâmica conjugal e familiar e das relações estabelecidas, enfatizando três fatores que as definem, sendo eles a coesão, a adaptabilidade e a comunicação familiar. Segundo o autor, a coesão varia entre quatro categorias: 1) Desmembrado, em que o nível de coesão é bastante baixo; 2) Separado, nível de coesão com valores baixos a médios; 3) Conectado, em que a coesão atinge valores médios a altos; e, por último, 4) Emaranhado, em que o grau de coesão é o mais alto possível. Apesar de uma coesão positiva ser, tal como o nome indica, algo benéfico para o sujeito, qualquer extremo – seja o nível Desmembrado ou o Emaranhado – leva a relações disfuncionais e prejudiciais a longo prazo (Olson et al., 2019; Siguenza et al., 2017).

A adaptabilidade remete para a capacidade de resolução ou adaptação de possíveis adversidades com que a família ou casal se depara, efetuando as alterações que forem necessárias relativamente à liderança, papéis e regras estabelecidas. A adaptabilidade pode variar entre quatro níveis: 1) Rígido, em que a adaptabilidade assume valores bastante baixos; 2) Estruturado, com uma capacidade de adaptação baixa a moderada; 3) Flexível, em que os níveis de adaptabilidade variam entre moderada a alta; 4) Muito Flexível, com uma capacidade de adaptação extremamente alta (Olson et al., 2019; Siguenza et al., 2017).

No que concerne à comunicação, esta tem como objetivo facilitar a relação entre a coesão e adaptabilidade, por exemplo, face a determinada problemática, a família ou casal terá de comunicar em prol de solucionar ou adaptar-se a tal situação, mantendo ou fortalecendo o nível de coesão entre si. Desta forma, a comunicação está integrada nas outras dimensões e, ao contrário do que acontece com as mesmas, não é mensurada (Olson et al., 2019).

Relativamente à coesão e adaptabilidade, foi realizado um estudo que visava averiguar se estas variáveis eram alteradas ao longo do ciclo vital. A amostra era composta por 368

indivíduos portugueses, entre os 20 e 69 anos, com filhos com idade igual ou inferior a 18 anos. Diante os resultados, a coesão apresentou níveis mais elevados na etapa do ciclo vital com filhos pequenos e, por sua vez, os valores mais elevados na adaptabilidade remetem para a etapa com filhos adolescentes. Estes dados confirmam a hipótese de que, tanto a coesão como a adaptabilidade tendem modificar-se no decorrer do ciclo, consoante as exigências de cada etapa. Para além disso, o tipo de comunicação representou um papel determinante para estas variáveis (Machado, 2008).

2.2. Teoria da Vinculação de Bowlby

Esta teoria elaborada por Bowlby (1969) surgiu com o intuito de explicar a importância do tipo de vinculação estabelecido na infância e o impacto que este poderá ter no desenvolvimento do indivíduo, refletindo-se nos vínculos afetivos formados posteriormente.

Nos estilos de vinculação segura, a figura de cuidado principal promove uma base segura para que a criança possa explorar livremente o ambiente ao seu redor, sendo que, ao deparar-se com circunstâncias desconfortáveis ou assustadoras para si, a criança retorna a essa figura na procura de proteção. Estudos relevam que, durante o seu desenvolvimento, estes indivíduos demonstram ser mais confiantes e generosos nas relações interpessoais e, desse modo, tendem a ter relacionamentos mais estáveis e saudáveis (Granqvist, 2021). Ademais, este tipo de vinculação representa um fator protetor contra a psicopatologia, uma vez que prediz uma maior capacidade de autorregulação (Vian, 2022).

Por sua vez, no estilo de vinculação oposto, está presente a falta de apoio por parte dos pais, a insatisfação das necessidades da criança, ausências, perdas e fraco investimento emocional. Este tipo de vinculação tende a formar sujeitos inseguros, com baixa autoestima e dificuldade na resolução de conflitos, predispostos à exposição de fatores de risco durante a adolescência ou vida adulta, bem como relacionamentos marcados por conflitos e rupturas (Mikulincer & Shaver, 2019; Morais, 2019). Neste seguimento, a vinculação insegura tem sido associada a uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de quadros depressivos (Cruz et al., 2014; McGinley & Evans, 2020).

Segundo Serbin e Karp (2003), a qualidade da conjugalidade e parentalidade está relacionada com padrões de relacionamento e comportamento de pais para filhos. Essa

transmissão intergeracional fundamenta, mais uma vez, a relevância de uma vinculação segura e de experiências positivas na infância.

Assim, o modo como o indivíduo se relaciona com os outros, observa e compreende o mundo ao seu redor, bem como a sua capacidade em autorregular-se e, consequentemente, resolver quaisquer conflitos, está intrinsecamente ligada ao estilo de vinculação estabelecido durante a infância (Lamela et al., 2010; Vian, 2022).

2.3. Transição da Conjugalidade para a Parentalidade

A transição para o mundo da parentalidade é um passo bastante importante na relação daqueles que assim o desejam e requer algumas mudanças por parte do casal, principalmente adaptações intra e interpessoais, como a mudança de papéis e funções, e a própria redefinição da relação conjugal (Perren et al., 2005).

O período de gestação e pós-parto é, para muitas mulheres, sinónimo da realização de um sonho e de extrema felicidade. Contudo, esta experiência não é vivida da mesma forma por todas as mulheres e, por isso mesmo, a inconformidade entre as expectativas e ideias criadas pela sociedade e cultura em que estão inseridas e aquilo que a grávida realmente sente, poderá levar ao diagnóstico de Depressão Pós-Parto (DPP). A DPP corresponde a uma perturbação no quadro depressivo que provoca sintomas como a irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desmotivação, falta de energia, desinteresse sexual e perturbações a nível alimentar e do sono, que se iniciam entre a quarta e a oitava semana após o parto e afetam entre 10 e 15% das mulheres (Bomfim et al., 2022; Brum, 2017; Klaus et al., 2000; Rolim et al., 2021).

Gordon e Feldman (2008) introduziram o conceito de coparentalidade e descreveram-no como um subsistema composto por dois adultos que colaboram e compartilham o papel parental, envolvendo sensações de solidariedade, hostilidade, competitividade, apoio e envolvimento. Este subsistema baseia-se em quatro dimensões: concordância ou discordância nas práticas parentais, distribuição de tarefas, apoio do papel coparental e gestão conjunta das relações familiares (Feinberg, 2003; Souza et al., 2020).

Costa e colaboradores (2017a) efetuaram uma revisão sistemática sobre a coparentalidade e os fatores que influenciam a qualidade da mesma. Segundo os autores, a dinâmica conjugal estabelecida antes do nascimento do filho, mais nomeadamente no que concerne o ajustamento conjugal, é determinante no modo como encaram a parentalidade e eventuais adversidades. O grau de envolvimento parental, a perceção do papel desempenhado pelo cônjuge e o temperamento da criança representam, igualmente, fatores determinantes na qualidade da relação coparental e na dinâmica familiar.

Para além das questões previamente referidas, alguns casais são também confrontados com um momento árduo, que requer alterações e ajustes na dinâmica familiar, bem como um tremendo grau de adaptabilidade e coesão: o diagnóstico de NEE (Seligman & Darling, 2017).

2.4. Impacto do Diagnóstico na Dinâmica Familiar e Conjugal

No momento em que os pais são informados do diagnóstico do seu filho, ocorre uma incongruência entre a imagem idealizada por si e o diagnóstico da criança, dando origem a um sentimento de perda que também pode ser associado ao luto de um ente querido (Correia & Serrano, 1997; Martins & Silva, 2020; Silva et al., 2018; Vidal et al., 2021).

A forma como a família encara o diagnóstico e aquele que será o seu futuro a nível familiar e da própria criança, depende de fatores como o comprometimento que a perturbação tem no desenvolvimento da criança e no grau de autonomia, a comunicação eficaz parte dos profissionais de saúde, e a sua perceção de realidade social e a construção social da deficiência (Bosa, 2006; Gronita, 2022).

No caso de PEA, existem evidências suficientes para afirmar que, a visão que os pais têm sobre o autismo, acaba por influenciar bastante o modo como o casal se relaciona e as decisões terapêuticas que tomam para o filho (Dardennes et al., 2011; Hartley et al., 2016; Herbert & Koulouglioti, 2010). Hartley e colaboradores (2017) realizaram um estudo com 174 casais com filhos com PEA e 179 casais com filhos com desenvolvimento típico, procurando comparar as experiências conjugais diárias dos dois grupos, através de fatores como o tempo passado em casal, suporte entre parceiros, proximidade e vínculo, interações positivas e negativas. Diante os resultados, foi possível concluir que os casais com filhos com PEA apresentaram menos tempo passado em conjunto, menor proximidade e vínculo, e poucas

interações positivas entre casal. Por sua vez, foi realizado um estudo a 10 casais com filhos autistas, de modo a averiguar a coesão e qualidade conjugal percebida por si. De acordo com os resultados, a presença de um filho com este tipo de diagnóstico promoveu uma maior comunicação, interação e união no casal, enfatizando a importância da divisão de tarefas face aos cuidados da criança (Marciano et al., 2015). Neste seguimento, Lei e Kantor (2020) realizaram um estudo com o propósito de analisar a coesão e adaptabilidade de 168 indivíduos, mais especificamente cuidadores do filho com este diagnóstico, investigando a influência de fatores sociodemográficos. Concluiu-se que a sua perceção de adaptabilidade era inferior à perceção de coesão, demonstrando-se emocionalmente conectados com a família, porém, com dificuldades na adaptação. Para além disso, as variáveis sociodemográficas desempenharam um papel importante na coesão e adaptabilidade, como é o caso do estado civil, nível de empregabilidade, habilitações literárias, local de residência, rendimento mensal e o nível de funcionalidade do filho.

O impacto da PC na dinâmica familiar e, principalmente, na figura maternal que, na maioria dos casos, é quem desempenha o papel de cuidador principal, está relacionado com as adaptações emocionais, estruturais e financeiras, sendo que muitas vezes têm de abdicar da sua vida pessoal e social em prol do cuidado da criança (Fernández-Alcántara et al., 2013). Realizou-se um estudo que visava explorar o funcionamento das famílias, através da coesão, adaptabilidade e tipo de família, e os pontos fortes das mesmas, como o orgulho e concordância, contando com a participação de 30 casais gregos e 30 casais italianos, ambos os grupos com filhos portadores de PC. Os resultados obtidos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre a adaptabilidade real e ideal, contudo, apresentaram diferenças significativas entre as variáveis coesão real e ideal e os pontos fortes da família (Tsibidaki, 2020).

No que concerne a PA, Bradford (2002) apresentou um modelo para compreender as implicações da doença crónica na família e, segundo ele, a adaptação depende de fatores como o padrão de interação da família, a comunicação entre os profissionais de saúde e a família, o ambiente de cuidados de saúde e as crenças da família sobre a doença.

Neste contexto, Tsibidaki e Tsamparli, (2009) realizaram um estudo que visava comparar a adaptabilidade e coesão entre 30 famílias gregas com filhos com NEE e 30 famílias com crianças com desenvolvimento típico. Os resultados obtidos sugerem que não foram

observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e, deste modo, o diagnóstico não revelou ser preditor de diferenças a nível da coesão e adaptabilidade.

Por sua vez, Javadian (2011) realizou um estudo com a mesma finalidade, contando com a participação de 150 famílias, das quais 50 são famílias com crianças portadoras de deficiência física, 50 são famílias com crianças portadoras de deficiência cognitiva e 50 são famílias sem qualquer tipo de deficiência. Contrariamente aos resultados que haviam sido apresentados, concluiu-se que as famílias com crianças com NEE apresentaram níveis de coesão e adaptabilidade superiores aos níveis apresentados pelas outras famílias. Lara e Pinos (2017), através de uma revisão bibliográfica, procuraram debater o impacto do diagnóstico na qualidade de vida familiar e, tal como o Javadian (2011), chegaram à conclusão de que estas famílias possuem maiores competências em adaptar-se, assim como detetar riscos e necessidades, procurar recursos, uma maior atenção à diversidade, empatia e paciência.

Posteriormente, Fernandes e colaboradores (2021) procuraram investigar os níveis de coesão e adaptabilidade das famílias portuguesas num período de confinamento causado pela pandemia COVID-19, contando com a participação de 376 indivíduos. Os resultados sugerem níveis mais elevados na adaptabilidade face à coesão, sendo a dimensão Conectado referente à coesão aquela que foi mais observada e, referente à adaptabilidade, a dimensão Muito Flexível a que foi exibida em maior número. Para além disso, o tipo de família constituiu um fator de associação com estas variáveis.

Por último, é importante referir a Teoria dos Sistemas Familiares, que sublinha a interconexão e dinâmica dentro da unidade familiar, reconhecendo que o bem-estar e desenvolvimento da criança com este diagnóstico são fortemente influenciados pelo funcionamento e relações no sistema familiar (Bowen, 1993). Destaca-se, assim, a importância do apoio, comunicação e adaptação da família na promoção do desenvolvimento destas crianças.

2.5. Satisfação Conjugal

A satisfação conjugal, tal como o nome indica, trata-se do grau de satisfação e contentamento do indivíduo para com a sua relação amorosa e parceiro. Para além disso, consiste em um dos indicadores de estabilidade num relacionamento e está associada aos

sentimentos vividos por cada um, assim sendo, não representa uma medida universal (Kochar & Sharma, 2015; Sayehmiri et al., 2020).

De acordo com Coleta (2012), a satisfação conjugal pode ser entendida como a comparação entre o que se espera e idealiza do casamento e o que realmente nele é experienciado, isto é, o contentamento sentido face às expectativas. No que concerne a estabilidade conjugal, a autora defende que se trata de uma comparação entre o seu casamento e aquela que poderia ser uma melhor alternativa. Estes conceitos estão interligados tendo em conta que, quanto maior o nível de satisfação sentido por um indivíduo, menos irá considerar outras alternativas como sendo melhores do que o que já tem.

Contrariamente ao que acontece nas relações em que os indivíduos se sentem realizados, a insatisfação conjugal acarreta consequências a nível da qualidade de vida, saúde e sucesso laboral (Hatami et al., 2009; Waite et al., 2009). Estudos relevam que os níveis de ansiedade estão associados à satisfação conjugal, isto é, baixos níveis de ansiedade correspondem a uma maior satisfação conjugal, assim como elevados níveis de ansiedade remetem para uma menor satisfação (Pedro et al., 2015). Para além disso, existe uma maior ocorrência de quadros depressivos aquando o indivíduo não se sente satisfeito com o seu relacionamento (Du et al., 2022).

Neste contexto, foi elaborado um estudo que visava explorar o efeito dos diferentes tipos de fronteiras familiares intergeracionais na satisfação conjugal, isto é, o impacto que o grau de separação ou conexão entre gerações tem no relacionamento dos filhos adultos, contando com a participação de 333 indivíduos. Os resultados indicaram que os relacionamentos intergeracionais mais próximos estão associados a uma maior satisfação conjugal dos filhos adultos, sendo que a coesão e adaptabilidade representam um papel mediador nesta relação. Por sua vez, fronteiras familiares intransigentes limitam a coesão e adaptabilidade familiar, levando a que estes indivíduos apresentem menor satisfação conjugal (Fu et al., 2023).

Concluindo, a satisfação conjugal reflete o contentamento e harmonia vivida num relacionamento amoroso, porém, a proximidade dos relacionamentos intergeracionais também desempenha um papel determinante para a mesma. Deste modo, um investimento nestas relações poderá não só fortalecer o vínculo entre gerações, bem como promover

relacionamentos saudáveis e felizes para futuras gerações (Fu et al., 2023; Kochar & Sharma, 2015; Sayehmiri et al., 2020).

3. Stress

Trata-se de um dos grandes problemas de saúde mental e física nos dias que correm, afetando toda e qualquer pessoa, independentemente do sexo, idade e tantos outros fatores. No entanto, definir este fenômeno não consiste numa tarefa propriamente simples. Hans Selye foi um dos pioneiros no estudo do *Stress* e afirmou "*Toda a gente sabe o que é o stress, mas ninguém sabe realmente*" (Selye, 1978).

O *stress* psicológico é um fenômeno bastante complexo e, por esse mesmo motivo, várias teorias tentaram explicar a sua etiologia baseando-se na forma como o experienciam: o *stress* como um estímulo externo, uma resposta e, por último, uma interação entre o sujeito e o ambiente (Brough et al., 2009). Neste contexto destacar-se-á a Abordagem Transacional, proposta por Lazarus & Folkman (1984), em que a avaliação cognitiva ganha uma extrema importância na forma como o indivíduo interpreta, atribui significados e responde a eventos stressantes com base nas suas percepções e experiências passadas (Lazarus, 1966). Este fator salienta a subjetividade intrínseca à pessoa, isto é, o mesmo evento poderá despoletar diferentes reações consoante cada interpretação. Para além disso, ocorre uma troca contínua e bidirecional de influências entre o indivíduo e o ambiente, fazendo com que o *stress* não seja causado exclusivamente por um deles, mas sim pela complexa interação entre ambos (Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1984).

Para além das consequências que acarreta a nível individual, o *stress* influencia a forma como o sujeito se relaciona com os outros e, consequentemente, poderá também afetar o bem-estar daqueles que o rodeiam. Deste modo, é crucial abordar dois conceitos associados à transferência de *stress*, mais nomeadamente *spillover* e *crossover* (Bolger et al., 1989). Em primeiro lugar, o conceito de *spillover* refere-se à transferência de *stress* de um domínio da vida para outro, como por exemplo desafios significativos no meio laboral que se estendem para a vida familiar, afetando a qualidade das interações em casa. Por outro lado, o *crossover* denota a transferência de *stress* entre cônjuges, isto é, as experiências stressantes de um

parceiro têm um impacto direto no *stress* sentido pelo outro, mesmo que as fontes sejam distintas.

Relativamente ao *stress* proveniente de fontes externas, estudos indicam que este tem implicações adversas na qualidade da relação, manifestando-se através de um aumento no número de conflitos (Neff & Karney, 2004). Para além de relatarem maior número de problemas conjugais, alguns autores apontam ainda que, quando confrontados com níveis mais elevados de *stress*, os cônjuges tendem a atribuir responsabilidade ao parceiro por tais acontecimentos (Neff & Karney, 2004; Neff & Buck, 2023).

Mitchell e colaboradores (2016) realizaram um estudo que visava analisar o impacto do efeito *spillover* na coesão conjugal e familiar de 51 famílias com filhos com NEE, mais nomeadamente a presença de défices motores, atraso no desenvolvimento e o diagnóstico de Síndrome de *Down*. Destes participantes, apenas 27% das mães trabalhavam a tempo inteiro, contrastando os 90% de pais nestas condições. Os autores concluíram que a figura materna apresentou níveis de coesão superiores e confirmaram a hipótese da influência do efeito *spillover* do cônjuge na sua perceção de coesão, uma vez que os participantes com níveis de *stress* mais elevados apresentaram menores níveis de coesão.

É importante salientar diferenças de sexo referentes ao *stress* percebido, uma vez que a distribuição de tarefas continua, na maioria dos casos, desigual e, por esse mesmo motivo, o árduo trabalho de conciliar todas as demandas leva a que a mulher experiencie níveis de *stress* mais elevados. Portugal destaca-se como o país da União Europeia com a maior percentagem de mulheres a trabalhar a tempo inteiro fora de casa, mas também pela sua acentuada desigualdade na divisão de tarefas domésticas. As mulheres portuguesas dedicam, em média, 303 minutos diários às tarefas domésticas, enquanto os homens contribuem com apenas 77 minutos (d’Orsi et al., 2023).

De um modo geral, o *stress* emerge como um indicador significativo de descontentamento entre os parceiros, resultando em uma comunicação menos eficaz, menor satisfação conjugal e maior probabilidade de divórcio (Bodenmann, 2006; Ferrão et al., 2019; McNulty et al., 2021).

Acerca do efeito *spillover* na dinâmica familiar, Webster-Stratton (1990) corrobora com a ideia mencionada e destaca três categorias principais que a podem afetar: stressores extrafamiliares (como por exemplo baixo nível socioeconómico, desemprego e exigências das

tarefas diárias), conflitos stressantes entre o casal (como o divórcio, monoparentalidade e problemas conjugais) e situações stressantes relacionadas com a criança (por exemplo problemas de comportamento ou presença de NEE).

Realçando a última categoria, é relevante referir que a grande maioria dos estudos indica que os pais ou cuidadores de crianças com NEE tendem a experienciar níveis mais elevados de *stress* em comparação com pais de crianças sem este diagnóstico, fator que potencia probabilidade de desenvolverem problemas de saúde mental (Goetz et al., 2019; Minetto et al., 2012; Murphy et al., 2011).

Observa-se, ainda, que pais de crianças com PEA experienciam níveis de *stress* mais elevados do que pais de crianças com outro tipo de NEE (Amireh, 2019; Baker et al., 2003a; Baker et al., 2005b; Kasari & Sigman, 1997; Wolf et al., 1989). Estes manifestam níveis mais elevados de *stress* parental e conjugal durante situações de conflito relacionadas à criação dos filhos, sendo que a figura materna assume a maior parte dos cuidados com o filho e, por esse motivo, tem mais dificuldade em evitar que o *stress* parental afete as interações conjugais (Hartley et al., 2014; Hartley et al., 2018; Nazzal & AL-Rawajfah, 2018; Warfield, 2005).

Contudo, é essencial reconhecer que nem todos os membros da família enfrentam repercussões adversas durante o processo de adaptação (Monteiro et al., 2004). Na verdade, educar uma criança com deficiência pode levar os pais a desenvolverem maior sensibilidade e proporcionar-lhes perceções e experiências positivas na vida (Hastings & Taunt, 2002). Esta constatação sublinha a complexidade da experiência familiar, indicando que uma boa adaptação não pressupõe necessariamente a ausência de *stress*, mas sim a eficácia dos recursos familiares ao lidar com eventos stressantes (Nazzal & AL-Rawajfah, 2018).

3.1. Coping

Ao conjunto de processos cognitivos e comportamentais dá-se o nome de *coping*, que consiste em procurar soluções ou novos caminhos face a uma realidade e situação adversa, de modo a alterá-la ou até mesmo adaptar-se a ela. Neste sentido, visam reduzir ou gerenciar as exigências percebidas da situação stressante, minimizar o impacto emocional negativo e promover o bem-estar psicológico, contribuindo para uma melhor adaptação e saúde mental (Lazarus & Folkman, 1984; Mussumeci & Ponciano, 2018).

Ao abordar esta temática, é relevante referir e distinguir dois conceitos extremamente importantes: estilos e estratégias de *coping* (Antoniazzi et al., 1998). De acordo com Carver e Scheier (1994), os estilos de *coping* dizem respeito aos padrões que as pessoas desenvolvem para lidar com o *stress* e podem influenciar as suas reações noutras adversidades. Esses estilos não são definidos pela preferência por um tipo de resposta em detrimento de outros, mas sim pela tendência de utilizar determinadas estratégias em maior ou menor grau diante destas situações.

Segundo Folkman e Lazarus (1980), as estratégias podem ser divididas em dois tipos, consoante a sua finalidade: *coping* centrado na emoção e *coping* centrado no problema. O primeiro enfatiza a regulação do estado emocional, reduzindo a sensação física desagradável associada ao *stress*, como por exemplo o ato de praticar desporto ou fumar; Por sua vez, o segundo tipo procura atuar diretamente na situação que impulsionou o *stress*, divergindo se a ação é direcionada a um fator externo, em que pode contar com o apoio do suporte social, ou um estado interno, envolvendo uma reestruturação cognitiva e redefinição do *stress* percebido.

Crnic et al. (1983) defendem que as famílias lidam com o *stress* consoante os recursos disponíveis. Por sua vez, no Modelo de *Coping* de Moos (1985), destaca-se a importância das características do stressor e da avaliação que o indivíduo faz da situação como preditores das estratégias de *coping* adotadas, isto é, a estratégia é escolhida consoante a natureza do evento e da percepção do sujeito.

No contexto específico do *stress* parental, estudos indicam que pais com elevados níveis de *stress* tendem a adotar *coping* centrado nas emoções, ao contrário dos que experienciam menor *stress*, os quais preferem incorporar *coping* centrado no problema (Hastings & Johnson, 2001). Adicionalmente, pais de crianças com NEE tendem a incorporar respostas de fuga e esquiva diante de situações desafiadoras e percebem menor controle no ambiente externo em comparação com pais de crianças sem este diagnóstico (Al-Yagon, 2015; Alós et al., 2022). Esta dinâmica ilustra como as estratégias de *coping* podem variar com base nas demandas específicas enfrentadas pelos pais, apresentando uma relação intrínseca com os níveis de *stress* percebidos.

Para além das estratégias de *coping* individuais previamente referidas, é fundamental abordar o *coping* diádico e destacar o seu papel na promoção do bem-estar conjugal e

individual. Neste caso, um ou ambos os membros do casal reúnem forças para responder eficazmente ao *stress* percebido, visando assegurar ou restabelecer o seu equilíbrio físico, emocional e social. O *coping* diádico pode ser caracterizado como comum, de apoio ou delegado. O primeiro refere-se à colaboração de ambos os parceiros na resolução de problemas, através de um suporte mútuo. De seguida, o *coping* de apoio ocorre quando um dos membros presta auxílio ao outro, como por exemplo oferecendo conselhos. Por último, o *coping* delegado caracteriza-se pela solicitação que o outro assuma determinadas tarefas, aliviando, assim, as responsabilidades e consequente *stress* de um dos sujeitos (Bodenmann, 2006; Bodenmann et al., 2011; Mussumeci & Ponciano, 2018).

Posteriormente, foi proposta uma estratégia de *coping* focalizada nas relações interpessoais, tendo como base o suporte social no apoio face a uma situação adversa (Coyne & DeLongis, 1986). O conceito de suporte social está associado aos recursos disponíveis e unidades sociais que respondem aos pedidos de ajuda e necessidades de um indivíduo ou de uma família, e desempenha um papel crucial na adaptação ao diagnóstico, promovendo uma melhor qualidade de vida (Birch, 1998; Dunst et al., 1990).

Dunst e colaboradores (1990) destacaram duas fontes de suporte social: informal e formal. O suporte social informal provém de indivíduos e grupos sociais próximos, como familiares, amigos, vizinhos que oferecem apoio nas atividades diárias. Por outro lado, o suporte social formal engloba organizações sociais formais, como os hospitais e serviços de saúde, e profissionais, desde médicos, assistentes sociais e psicólogos, com o objetivo de fornecer assistência.

Numa análise sobre as redes de suporte em famílias com filhos com deficiência, McConachie (1994) afirma que a satisfação com o suporte social é um fator preditivo de uma adaptação positiva por parte da família. Assim, o suporte social que essas famílias percecionam e recebem está diretamente ligada à capacidade de se ajustarem positivamente às demandas associadas ao diagnóstico do filho.

Por último, é importante ressaltar que, para além de representar um fator de proteção e adaptação para os familiares, o suporte social é uma variável capaz de contribuir para a satisfação conjugal (Panahi et al., 2018) e o desenvolvimento da criança com deficiência (Brito & Silva, 2019).

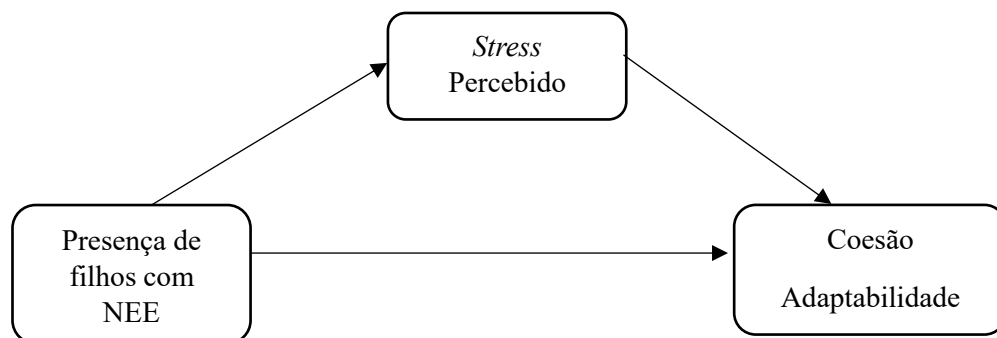
Parte II- Metodologia

O estudo é transversal, correlacional e comparativo, baseando-se numa abordagem quantitativa.

1. Objetivo Geral e Hipóteses

O objetivo deste estudo tem como foco analisar o impacto do diagnóstico NEE dos filhos sobre a coesão conjugal e adaptabilidade dos pais. Para além disso, pretende-se explorar o papel mediador do *stress* percebido pelos pais na relação entre a presença de filhos com NEE e a coesão e adaptabilidade conjugal (figura 1), e investigar se fatores sociodemográficos influenciam as dinâmicas relacionadas à coesão, adaptabilidade e níveis de *stress*.

Figura 1 - Modelo de Mediação entre variáveis



Neste seguimento, de acordo com os objetivos previamente traçados e mencionados, colocar-se-ão as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: A presença filhos com NEE está associada a um menor nível de coesão conjugal percebida pelos pais.

Hipótese 2: A presença de filhos com NEE está relacionada a um maior nível de adaptabilidade percebida pelos pais.

Hipótese 3: A presença de filhos com NEE está associada a um maior nível de *stress* percebido pelos pais.

Hipótese 4: Espera-se que o *stress* percebido tenha um efeito mediador na relação entre a presença de filhos com NEE e a coesão e adaptabilidade dos pais.

Hipótese 5: Espera-se que existam associações entre variáveis sociodemográficas, como o sexo, número de filhos e o tipo de diagnóstico do filho, e as variáveis estudadas.

2. Participantes

A amostra que integra o presente estudo é caracterizada como não probabilística, tendo sido selecionada por conveniência.

Os critérios de inclusão para participar neste estudo foram os seguintes: (1) idade igual ou superior a 18 anos; (2) que estejam casados ou em união de facto (3) com um ou mais filhos da relação atual, com idades compreendidas entre os 5 e os 18 anos. Por sua vez, excluir-se-iam indivíduos que possuíssem qualquer tipo de deficiência intelectual, dado que poderia comprometer a compreensão e respostas dos questionários.

A amostra é constituída por um total de 47 participantes de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 32 e os 60 anos ($M = 44,21$; $DP = 5,714$), sendo que 31 dos participantes são do sexo feminino (66%) e 16 são do sexo masculino (34%). A amostra incluiu 23 indivíduos com filhos com NEE (48.9%), dos quais 15 são do sexo feminino e 8 do sexo masculino, e 24 indivíduos com filhos sem este diagnóstico (51.1%), sendo que 16 são do sexo feminino e 8 do sexo masculino.

Relativamente às habilitações literárias do grupo de indivíduos com filhos com NEE, 4.3% referiu ter o ensino básico, 34.8% o ensino secundário, 47.8% a licenciatura e 13% o mestrado. Referente ao cargo laboral, as respostas variam entre Advogado (4.3%), Assistente Social (4.3%), Auxiliar de Ação Educativa (4.3%), Chefe de Equipa de Desenvolvimento Informático (4.3%), Educador de Infância (4.3%), Fisioterapeuta (4.3%), Gestor de Projetos de Remodelações em Imóveis (4.3%), Lojista (4.3%), Operador de Loja (4.3%), *Personal Trainer* (4.3%), Professor (4.3%), Engenheiro Informático (8.7%), Mecânico (8.7%) e Administrativo (13%). Quanto ao estado civil, 56.5% dos participantes está casado, estando juntos em média há 19 anos, e 43.5% vive em união de facto, coabitando em média há 13 anos. O número de filhos que são fruto da sua relação atual, varia entre 1 (52.2%) e 3 filhos (4.3%). A média das

idades varia entre 11.30 para o primeiro filho, 7.55 para o segundo filho e 6 para o terceiro filho. A maioria referiu que o primeiro filho era do sexo masculino (69.57%), assim como o segundo filho (70%), contudo, o único participante com três filhos refere que este é do sexo feminino. A grande maioria refere ter sido uma gravidez desejada (87%). Quanto ao período gestacional, as respostas diferem bastante, desde “Perfeito” a “Muito Stressante” e “Turbulento”. Referente ao diagnóstico dos filhos, 1 criança possui Displasia Septo-Óptica, 1 possui Disortografia, 2 sofrem de Ansiedade, 2 possuem uma Perturbação Obsessiva Compulsiva, 2 têm Paralisia Cerebral, 3 têm uma Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação, 5 foram diagnosticadas com Perturbação do Espectro de Autismo e, em maior número, 7 têm Baixa Visão. A maioria dos participantes não possui filhos de relacionamentos anteriores (87%). Dos participantes que têm filhos de relações anteriores, 2 têm 1 filho do sexo feminino e 1 tem 1 filho do sexo masculino, sendo que 1 participante refere que o filho vive consigo e com o cônjuge e 2 referem o contrário. A média das idades do filho é de 17.

Por sua vez, relativamente às habilitações literárias do grupo de indivíduos com filhos sem NEE, 29.2% têm o ensino secundário, 54.2% a licenciatura, 12.5% o mestrado e 4.2% o doutoramento. Quanto à sua ocupação laboral, as respostas diferem entre Desempregado (4.2%), Motorista (4.2%), Assistente Operacional (4.2%), *Designer* (4.2%), Diretor de Eventos Desportivos (4.2%), *Manager* (4.2%), Engenheiro Informático (4.2%), Técnico de Informática (4.2%), Operador de Loja (4.2%), Esteticista (4.2%), Farmacêutico (4.2%), Financeiro (4.2%), Pintor (4.2%), Empresário (8.3%), Bancário (12.5%) e Professor (25%). No que toca ao seu estado civil, 62.5% está casado, estando juntos em média há 21 anos, e 37.5% vive em união de facto, coabitando em média há 15 anos. O número de filhos da sua relação atual varia entre 1 (29.2%) e 4 filhos (4.2%). A média das idades varia entre 12.71 para o primeiro filho, 8.88 para o segundo filho, 5.75 para o terceiro filho e 2 para o quarto filho. A maioria referiu que o primeiro filho era do sexo feminino (62.5%), o segundo filho era do sexo masculino (52.94%), o terceiro filho remete para o sexo masculino (50%) e sexo feminino (50%), e, por último, o único participante com quatro filhos refere que o mais novo é do sexo masculino. A grande maioria refere ter sido uma gravidez desejada (95.8%). Quanto ao período gestacional, as respostas são bastante díspares, desde “Ótimo” a “Atribulado” e “De risco”. A maioria não possui filhos de um relacionamento anterior (75%). Do grupo de indivíduos que possui filhos de outra relação, 4 participantes têm 1 filho do sexo feminino (66.7%) e 2 participantes têm 1

filho do sexo masculino (33.3%), sendo que nenhum vive com o respetivo filho. A média das idades do filho é de 18.67.

Por fim, é importante ressaltar que os 47 participantes, referentes aos dois grupos, negaram ter qualquer tipo de condição física e/ou intelectual que os fosse impossibilitar de participar no presente estudo.

3. Instrumentos

3.1. Questionário Sociodemográfico

Os dados sociodemográficos e familiares foram recolhidos por meio de um questionário previamente elaborado, designado como Questionário Sociodemográfico (anexo 3), com o intuito de contextualizar adequadamente a amostra em estudo.

Este questionário incluiu questões sobre idade, sexo, nacionalidade, nível de escolaridade, profissão e estado civil. Além disso, foram incluídas perguntas específicas relacionadas à dinâmica conjugal e familiar, como a duração do relacionamento, número de filhos da relação atual, bem como informações detalhadas sobre filhos provenientes de relacionamentos anteriores, incluindo sexo, idade e se residem com o participante e o cônjuge atual.

Para além disso, o questionário abordou outras questões relevantes para a pesquisa, como a intencionalidade da gravidez, definição do período gestacional, a presença de filhos com NEE e respetivo diagnóstico.

3.2. Escala de Avaliação da Coesão e Flexibilidade Familiar - Versão Casal (FACES III)

No presente estudo optou-se pela utilização da Escala de Avaliação da Coesão e Flexibilidade Familiar (FACES III), mais especificamente a versão casal, desenvolvida por Olson et al., (1985) e posteriormente validada e adaptada para a população portuguesa por Abreu-Afonso e Leal (2016).

A escala é composta por 20 itens distribuídos em duas dimensões principais: Coesão e Adaptabilidade. Os 10 itens pertencentes à dimensão Coesão abordam questões relacionadas com o Vínculo Emocional (3 itens), Apoio (1 item), Fronteiras Familiares (2 itens), Tempo Livre e Amigos (2 itens) e, por último, Interesses e Atividades Recreativas (2 itens). Neste seguimento, os 10 itens pertencentes à dimensão Adaptabilidade abordam temáticas como Liderança e Controlo (4 itens), Negociação (2 itens) e Papéis e Regras (4 itens). A pontuação segue uma escala Likert de 5 pontos: 1 – “Quase Nunca” , 2 – “Ocasionalmente”, 3 – “Às vezes”, 4 – “Frequentemente”, 5 – “Quase Sempre”.

É importante referir que esta escala está dividida em duas instâncias, sendo que, primeiramente, os indivíduos respondem aos itens de acordo com a realidade do seu relacionamento – avaliando a Coesão Real e Adaptabilidade Real – e, num segundo momento, responde às mesmas questões consoante aquilo que gostaria e idealizava para a sua relação – avaliando a Coesão Ideal e a Adaptabilidade Ideal. Esta última parte da escala está relacionada e visa medir, indiretamente, a satisfação do indivíduo face ao seu relacionamento.

A sua aplicação exige aos participantes uma idade mínima de 12 anos, abrangendo famílias ao longo do seu ciclo de vida. Para além disso, esta escala visa medir o funcionamento marital através da perceção e idealização da Coesão e Adaptabilidade, sendo que, na sua interpretação, os valores mais altos e os mais baixos representam uma maior disfuncionalidade.

O coeficiente alfa de Cronbach obtido para a versão original de FACES III foi de .77 para a subescala Coesão e .62 para a Adaptabilidade, com o total da escala de .68. A validação desta escala para a população portuguesa apresentou uma maior consistência interna, tendo em conta que os alfas de Cronbach variavam entre .89 para a Coesão, .70 para a Adaptabilidade e .87 para a escala total. No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de 0.936 para a escala total, 0.896 para a Coesão Real, 0.832 para a Adaptabilidade Real, 0.926 para a Coesão Ideal e 0.850 para a Adaptabilidade Ideal, indicando uma boa consistência interna.

3.3. Escala do *Stress* Percebido (PSS 10)

O último instrumento consiste na Escala do *Stress* Percebido, também conhecido como PSS (10), com a versão original de Cohen e colaboradores (1983), validado para a população portuguesa por Trigo e colaboradores (2010). O seu objetivo passa por medir de que forma os

acontecimentos de vida influenciam a percepção de *stress* dos participantes, tendo em conta a frequência de fatores stressores no mês anterior à aplicação do instrumento.

O PSS (10) é constituído por 10 itens, pontuados de acordo com a Escala de Likert de 5 pontos: 0 – “Nunca”, 1 – “Quase Nunca”, 2 – “Algumas vezes”, 3 – “Frequentemente”, 4 – “Muito Frequente”. Entre os 10 itens, 6 são alusivos a situações positivas (itens 1, 2, 3, 6, 9 e 10) e 4 correspondem a acontecimentos negativos (itens 4, 5, 7 e 8), sendo necessário inverter a cotação das respostas facultadas nos itens de fator positivo. As pontuações mais elevadas remetem para níveis de *stress* percebido mais elevados, sendo que a sua classificação varia entre Calmo, Eustress, *Stress*, Risco de *Burnout*, *Burnout* e Risco Psicossomático.

Relativamente à sua consistência interna, o coeficiente de alfa de Cronbach variou entre .78 para a versão original de PSS (10) e, para a versão portuguesa da escala, apresentou maior consistência interna, com valores de .85 para o grupo feminino e .88 para o grupo masculino. No presente estudo o alfa de Cronbach foi de .587, contudo, ao examinar o impacto da exclusão de itens na confiabilidade da escala, não foram identificados itens que, se excluídos, melhorariam significativamente o coeficiente alfa de Cronbach. Deste modo, mantiveram-se os itens da escala para garantir a representatividade completa do construto em estudo.

4. Procedimentos

Numa primeira instância, procedeu-se com o pedido de autorização aos autores dos instrumentos escolhidos, bem como a disponibilização dos mesmos, as instruções de aplicação e cotação, pois apenas desta forma seria possível prosseguir para as próximas etapas. Após esta etapa, o projeto de investigação foi apresentado e avaliado pela Comissão de Ética do CIP- Universidade Autónoma de Lisboa, obtendo um parecer favorável (anexo 4) e possibilitando a recolha de dados.

Posteriormente, foi realizado um pedido de autorização ao Presidente do Conselho Diretivo de uma escola (anexo 2), com o objetivo de explicar a pertinência do estudo, os seus objetivos e procedimentos, assegurando o anonimato e confidencialidade dos participantes. A aprovação por parte do Presidente do Conselho Diretivo permitiu que os professores e educadores dessa escola partilhassem tais informações e o *link* de acesso ao formulário *online*. O formulário continha não só o consentimento informado (anexo 1), que garantia a confidencialidade e onde

estavam presentes os objetivos, critérios de inclusão e instrumentos aplicados, mas também o questionário sociodemográfico, uma escala de avaliação da coesão e flexibilidade familiar (versão casal) e uma escala do *stress* percebido.

É importante salientar que, devido à limitada participação inicial dos sujeitos no preenchimento do formulário, foi necessário expandir a divulgação por meio das redes sociais, através da partilha do *link* de acesso. Esta medida procurou ampliar o número da amostra e garantir uma representação mais abrangente da população alvo, a fim de promover a robustez dos resultados obtidos no presente estudo.

Os dados recolhidos serão mantidos codificados e arquivados numa base de dados protegida por palavra-passe, assegurando as medidas de segurança mais adequadas. Todos os dados pessoais serão eliminados, no final de cinco anos, após a publicação dos resultados. A participação é voluntária, sendo que o participante tem o direito de desistir do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização. No final do estudo, os participantes poderão ter acesso aos resultados e conclusões do estudo, tendo sido facultado o contacto do responsável pela coordenação do projeto e da investigação, para o esclarecimento de qualquer dúvida.

5. Análise de Dados

A análise dos dados foi conduzida utilizando métodos estatísticos, de modo a atender aos objetivos de pesquisa delineados e testar as hipóteses estabelecidas. Inicialmente, os dados foram importados para o software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) statistics 29, onde foram realizadas diversas análises estatísticas.

Posteriormente, procedeu-se com a análise descritiva da amostra e das variáveis, explorando frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão. Na análise inferencial, primeiramente, avaliou-se a consistência interna das medidas utilizando o coeficiente de Alfa de Cronbach e recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk ($N < 50$) com o objetivo de verificar a normalidade das variáveis, sendo que, estes resultados, também determinam a adequação dos testes estatísticos subsequentes. De acordo com o teste de Shapiro-Wilk, as variáveis Coesão Real e Ideal, bem como a Adaptabilidade Ideal não seguiram os pressupostos da normalidade, implicando a realização de testes não paramétricos para as mesmas. As restantes variáveis,

como é o caso da Adaptabilidade Real e o *Stress* Percebido, corresponderam aos pressupostos da normalidade, tendo sido analisadas à luz de testes paramétricos.

Neste seguimento, realizaram-se testes de comparação de médias como o *t* de Student e o Mann Whitney, correlações entre variáveis utilizando os coeficientes de correlação de Pearson e Spearman, mediações considerando o papel mediador do *stress* percebido através do modelo PROCESS de Hayes (Hayes, 2017) e, por último, regressões lineares simples para examinar a relação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis em estudo.

Os resultados foram analisados para determinar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação à coesão conjugal, ao *stress* percebido e à adaptabilidade. Consideraram-se estatisticamente significativos, os resultados com $p < .05$. Para além disso, no que concerne os coeficientes de correlação de Pearson e Spearman, a sua interpretação seguiu os critérios de Cohen (1998): correlação fraca ($<.30$), moderada ($>.30$) e forte ($>.50$).

Parte III- Resultados

1. Normalidade das Distribuições

Numa primeira instância realizou-se o teste da normalidade, com o intuito de verificar se os dados cumpriam os pressupostos da normalidade e, conseqüentemente, determinar quais os testes estatísticos mais indicados para a análise inferencial. Recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk, uma vez que $N < 50$, como é possível verificar na seguinte tabela 1.

Tabela 1 - Teste da Normalidade das Variáveis

Shapiro Wilk	
	<i>Sig</i>
Coesão Real	<0.001
Coesão Ideal	<0.001
Adaptabilidade Real	0.878
Adaptabilidade Ideal	<0.001
<i>Stress</i> Percebido	0.109

Nota: Sig = Significância.

De acordo com a tabela anterior, nem todas as variáveis cumpriram os pressupostos da normalidade, mais especificamente as variáveis Coesão Real ($p < 0.001$), Coesão Ideal ($p < 0.001$) e Adaptabilidade Ideal ($p < 0.001$). Contrariamente, a Adaptabilidade Real ($p = 0.878$) e o *Stress* Percebido ($p = 0.101$) seguiram uma distribuição normal.

De seguida, realizou-se o teste da variância de homogeneidade, denominado teste de Levene, com o objetivo de verificar se a variabilidade dos dados é consistente entre o grupo de indivíduos com filhos com NEE e o grupo de indivíduos com filhos sem este diagnóstico. Através desta análise, concluiu-se que apenas a variável Adaptabilidade Ideal não cumpriu os pressupostos da homogeneidade.

Tendo em conta as informações obtidas pelos testes de normalidade e variância de homogeneidade, foi necessário e oportuno a aplicação de testes paramétricos e não-paramétricos na análise inferencial do presente estudo. Neste sentido, aplicou-se o teste de Mann-Whitney para as variáveis Coesão Real, Coesão Ideal e Adaptabilidade Ideal. E, por sua

vez, aplicou-se o teste t-student para duas amostras independentes nas variáveis Adaptabilidade Real e o *Stress* Percebido.

2. Análise Descritiva

Visando uma análise mais detalhada das médias obtidas nas escalas pelos dois grupos, isto é, o grupo de indivíduos com filhos com NEE e o grupo de indivíduos com filhos sem este diagnóstico, procedeu-se com a análise descritiva das mesmas.

Os resultados obtidos através da estatística descritiva da versão casal da Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar encontram-se na seguinte tabela 2, contendo valores como os resultados mínimos, máximos, as médias e desvios-padrão da escala total.

Tabela 2 - Análise Descritiva da escala total de FACES III

	Com NEE				Sem NEE			
	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
FACES	134	193	161.13	15.786	89	200	165.67	25.707
Total								

Nota: Min = Mínimo; Máx= Máximo; M = Média; DP = Desvio Padrão; FACES = Escala de Avaliação da Coesão e Flexibilidade Familiar.

Na escala total, o grupo de indivíduos com filhos com NEE verificou um valor mínimo de 134, um máximo de 193, uma média de 161.13 e um desvio padrão de 15.786. O segundo grupo obteve um valor mínimo de 89, um máximo de 200, uma média de 165.67 e um desvio padrão de 25.707.

De seguida, procedeu-se com a análise descritiva da dimensão Coesão (tabela 3). Esta encontra-se dividida em duas partes, sendo elas a Coesão Real e a Coesão Ideal, contendo as mesmas subescalas.

Tabela 3 - Análise Descritiva das variáveis Coesão Real e Ideal

	Com NEE	Sem NEE

	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
COE.R	20	50	39.39	7.608	24	50	41.08	7.342
Total								
VINC.R	7.00	15.00	11.8261	2.28935	5.00	15.00	12.0833	2.76495
APO.R	2.00	5.00	4.04	0.976	2.00	5.00	4.33	0.868
FRONT.R	4.00	10.00	8.3913	1.69864	5.00	10.00	9.0417	1.51741
TEMP.R	4.00	10.00	7.9565	1.82105	3.00	10.00	8.3333	1.78561
INT.R	2.00	10.00	7.1739	2.16695	4.00	10.00	7.2917	2.03190
COE.I	0	50	44.17	10.543	26	50	44.46	6.366
Total								
VINC.I	10.00	15.00	13.5652	1.67403	9.00	15.00	13.9583	1.73153
APO.I	4.00	5.00	4.6957	0.47047	2.00	5.00	4.5417	0.83297
FRONT.I	8.00	10.00	9.1739	0.93673	5.00	10.00	9.1667	1.34056
TEMP.I	7.00	10.00	9.0000	1.04447	4.00	10.00	8.8750	1.59653
INT.I	6.00	10.00	8.6957	1.14554	5.00	10.00	8.9583	1.39811

Nota: Min = Mínimo; Máx= Máximo; M = Média; DP = Desvio Padrão; COE.R Total= Coesão Real Total; VINC.R = Vínculo Emocional Real; APO.R = Apoio Real; FRONT.R = Fronteiras Familiares Real; TEMP.R = Tempo Livre e Amigos Real; INT.R = Interesses e Atividades Recreativas Real; COE.I= Coesão Ideal; VINC.I = Vínculo Emocional Ideal; APO.I = Apoio Ideal; FRONT.I= Fronteiras Familiares Ideal; TEMP.I = Tempo Livre e Amigos Ideal; INT.I = Interesses e Atividades Recreativas Ideal.

Em primeiro lugar, analisando a dimensão Real, na escala total da Coesão o grupo de indivíduos com filhos com NEE obteve um valor mínimo de 20, um valor máximo de 50, uma média de 39.39 e um desvio-padrão de 7.608. Contrariamente, o grupo de indivíduos com filhos sem NEE, pontuou um valor mínimo de 24, um máximo de 50, uma média de 41.08 e um desvio-padrão de 7.342. Neste seguimento, na subescala Vínculo Emocional (itens 1, 11 e 19) o primeiro grupo verificou um valor mínimo de 7.00, um máximo de 15.00, uma média de 11.8261 e um desvio padrão de 2.28935. Por sua vez, o segundo grupo obteve um valor mínimo de 5.00, um máximo de 15.00, uma média de 12.0833 e um desvio padrão de 2.76495. Na subescala Apoio (item 17), o primeiro grupo verificou um valor mínimo de 2.00, um máximo de 5.00, uma média de 4.04 e um desvio padrão de 0.976. O segundo grupo verificou um valor mínimo de 2.00, um máximo de 5.00, uma média de 4.33 e um desvio padrão de 0.868. Na

subescala Fronteiras Familiares (itens 5 e 7), o primeiro grupo pontuou um valor mínimo de 4.00, um máximo de 10.00, uma média de 8.3913 e um desvio padrão de 1.69864. Por sua vez, o segundo grupo verificou um valor mínimo de 5.00, um máximo de 10.00, uma média de 9.0417 e um desvio padrão de 1.51741. Na subescala Tempo Livre e Amigos (itens 3 e 9), o primeiro grupo obteve um valor mínimo de 4.00, um máximo de 10.00, uma média de 7.9565 e um desvio padrão de 1.82105. Na mesma subescala, o segundo grupo verificou um valor mínimo de 3.00, um máximo de 10.00, uma média de 8.3333 e um desvio padrão de 1.78561. Na última subescala denominada Interesses e Atividades Recreativas (itens 13 e 15), o primeiro grupo obteve um valor mínimo de 2.00, um máximo de 10.00, uma média de 7.1739 e um desvio padrão de 2.16695. Contrariamente, o segundo grupo obteve um valor mínimo de 4.00, um valor máximo de 10.00, uma média de 7.2917 e um desvio padrão de 2.03190.

Em relação à dimensão Ideal, na escala total da Coesão o grupo de indivíduos com filhos com NEE obteve um valor mínimo de 0, um valor máximo de 50, uma média de 44.17 e um desvio-padrão de 10.543. Contrariamente, o grupo de indivíduos com filhos sem NEE, pontuou um valor mínimo de 26, um máximo de 50, uma média de 44.46 e um desvio-padrão de 6.366. Na primeira subescala denominada Vínculo Emocional, o primeiro grupo verificou um valor mínimo de 10.00, um máximo de 15.00, uma média de 13.5652 e um desvio padrão de 1.67403. Por sua vez, o segundo grupo obteve um valor mínimo de 9.00, um máximo de 15.00, uma média de 13.9583 e um desvio padrão de 1.73153. Na subescala Apoio, o primeiro grupo verificou um valor mínimo de 4.00, um máximo de 5.00, uma média de 4.6957 e um desvio padrão de 0.47047. O segundo grupo verificou um valor mínimo de 2.00, um máximo de 5.00, uma média de 4.5417 e um desvio padrão de 0.83297. Na subescala Fronteiras Familiares, o primeiro grupo pontuou um valor mínimo de 8.00, um máximo de 10.00, uma média de 9.1739 e um desvio padrão de 0.93673. Por sua vez, o segundo grupo verificou um valor mínimo de 5.00, um máximo de 10.00, uma média de 9.1667 e um desvio padrão de 1.34056. Na subescala Tempo Livre e Amigos, o primeiro grupo obteve um valor mínimo de 7.00, um máximo de 10.00, uma média de 9.0000 e um desvio padrão de 1.04447. Na mesma subescala, o segundo grupo verificou um valor mínimo de 4.00, um máximo de 10.00, uma média de 8.8750 e um desvio padrão de 1.59653. Na última subescala denominada Interesses e Atividades Recreativas, o primeiro grupo obteve um valor mínimo de 6.00, um máximo de 10.00, uma média de 8.6957 e um desvio padrão de 1.14554. Contrariamente, o segundo grupo

obteve um valor mínimo de 5.00, um valor máximo de 10.00, uma média de 8.9583 e um desvio padrão de 1.39811.

Posteriormente, realizou-se a análise descritiva da dimensão Adaptabilidade (tabela 4), sendo que a mesma também se encontra dividida em duas partes: Real e Ideal, contendo as mesmas subescalas.

Tabela 4 - Análise Descritiva das variáveis Adaptabilidade Real e Ideal

	Com NEE				Sem NEE			
	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
AD.R	16	46	34.22	7.323	22	50	36.58	7.506
Total								
LID.R	7.00	20.00	14.3478	3.76115	7.00	20.00	15.9167	3.36112
NEG.R	5.00	10.00	7.8261	1.33662	6.00	10.00	8.2083	1.50302
PAP.R	4.00	17.00	12.0435	3.63666	6.00	20.00	12.4583	3.82190
AD.I	36	50	42.39	3.858	17	50	42.50	8.403
Total								
LID.I	15.00	20.00	17.8261	1.94591	7.00	20.00	17.5417	3.41326
NEG.I	8.00	10.00	9.3043	0.82212	5.00	10.00	9.1667	1.37261
PAP.I	12.00	20.00	15.2609	2.24048	5.00	20.00	15.7917	4.35370

Nota: Min = Mínimo; Máx= Máximo; M = Média; DP = Desvio Padrão; AD.R = Adaptabilidade Real; LID.R = Liderança e Controlo Real; NEG.R= Negociação Real; PAP.R = Papéis e Regras Real; AD.I = Adaptabilidade Ideal; LID.I= Liderança e Controlo Ideal; NEG.I= Negociação Ideal; PAP.I = Papéis e Regras Ideal.

De acordo com a tabela anterior, em relação à dimensão Real, na escala total da Adaptabilidade o grupo de indivíduos com filhos com NEE obteve um valor mínimo de 16, um valor máximo de 46, uma média de 34.22 e um desvio padrão de 7.323. Por sua vez, o segundo grupo pontuou um valor mínimo de 22, um valor máximo de 50, uma média de 36.58 e um desvio padrão de 7.506. Na respetiva subescala Liderança e Controlo (itens 4, 6, 12 e 18), o primeiro grupo verificou um valor mínimo de 7.00, um máximo de 20.00, uma média de

14.3478 e um desvio padrão de 3.76115. O segundo grupo obteve um valor mínimo de 7.00, um valor máximo de 20.00, uma média de 15.9167 e um desvio padrão de 3.36112. Na subescala Negociação (itens 2 e 10), o primeiro grupo apresentou um valor mínimo de 5.00, um máximo de 10.00, uma média de 7.8261 e um desvio padrão de 1.33662. Por sua vez, o segundo grupo apresentou um valor mínimo de 6.00, um máximo de 10.00, uma média de 8.2083 e um desvio padrão de 1.50302. Na última subescala denominada Papéis e Regras (itens 8, 14, 16 e 20), o primeiro grupo verificou um valor mínimo de 4.00, um máximo de 17.00, uma média de 12.0435 e um desvio padrão de 3.63666. Contrariamente, o segundo grupo obteve um valor mínimo de 6.00, um valor máximo de 20.00, uma média de 12.4583 e um desvio padrão de 3.82190.

De seguida, referente à dimensão Ideal, na escala total de Adaptabilidade o grupo de indivíduos com filhos com NEE obteve um valor mínimo de 36, um valor máximo de 50, uma média de 42.39 e um desvio padrão de 3.858. Por sua vez, o segundo grupo pontuou um valor mínimo de 17, um valor máximo de 50, uma média de 42.50 e um desvio padrão de 8.403. Na respetiva subescala Liderança e Controlo, o primeiro grupo verificou um valor mínimo de 15.00, um máximo de 20.00, uma média de 17.8261 e um desvio padrão de 1.94591. O segundo grupo obteve um valor mínimo de 7.00, um valor máximo de 20.00, uma média de 17.5417 e um desvio padrão de 3.41326. Na subescala Negociação, o primeiro grupo apresentou um valor mínimo de 8.00, um máximo de 10.00, uma média de 9.3043 e um desvio padrão de 0.82212. Por sua vez, o segundo grupo apresentou um valor mínimo de 5.00, um máximo de 10.00, uma média de 9.1667 e um desvio padrão de 1.37261. Na última subescala denominada Papéis e Regras, o primeiro grupo verificou um valor mínimo de 12.00, um máximo de 20.00, uma média de 15.2609 e um desvio padrão de 2.24048. Contrariamente, o segundo grupo obteve um valor mínimo de 5.00, um valor máximo de 20.00, uma média de 15.7917 e um desvio padrão de 4.35370.

De um modo geral, é possível verificar que, na dimensão Ideal, seja na Coesão como na Adaptabilidade, o grupo de indivíduos com filhos com NEE obteve pontuações mais elevadas.

Relativamente à análise descritiva da Escala do *Stress* Percebido (PSS-10), os resultados obtidos encontram-se na seguinte tabela 5, contendo valores como os resultados mínimos, máximos, as médias e desvios-padrão da escala total.

Tabela 5 - Análise Descritiva do PSS-10

	Com NEE				Sem NEE			
	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
PSS-10	10	35	21.09	7.669	9	32	20.00	6.711
Total								

Nota: Min = Mínimo; Máx= Máximo; M = Média; DP = Desvio Padrão; PSS-10 = Escala do *Stress* Percebido.

Na escala total, o grupo de indivíduos com filhos com NEE verificou um valor mínimo de 10, um máximo de 35, uma média de 21.09 e um desvio padrão de 7.669. O segundo grupo obteve um valor mínimo de 9, um máximo de 32, uma média de 20.00 e um desvio padrão de 6.711.

3. Comparações entre Grupos

3.1. Teste de Mann-Whitney e t de Student

Tabela 6 - Resultados do teste de Mann-Whitney – diferenças entre o diagnóstico de NEE e a Coesão Real e Ideal

	<i>p</i>
COE.R Total	0.296
VINC.R	0.518
APO.R	0.276
FRONT.R	0.109
TEMP.R	0.414
INT.R	0.940
COE.I Total	0.659
VINC.I	0.202
APO.I	0.852
FRONT.I	0.612

TEMP.I 0.793

INT.I 0.265

Nota: p = Significância; COE.R Total= Coesão Real Total; VINC.R = Vínculo Emocional Real; APO.R = Apoio Real; FRONT.R = Fronteiras Familiares Real; TEMP.R = Tempo Livre e Amigos Real; INT.R = Interesses e Atividades Recreativas Real; COE.I= Coesão Ideal; VINC.I = Vínculo Emocional Ideal; APO.I = Apoio Ideal; FRONT.I= Fronteiras Familiares Ideal; TEMP.I = Tempo Livre e Amigos Ideal; INT.I = Interesses e Atividades Recreativas Ideal.

Os resultados obtidos no teste de Mann-Whitney (tabela 6) revelam que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$) entre o grupo de indivíduos com filhos com NEE e o grupo de indivíduos com filhos sem NEE a nível da coesão, quer seja na escala total da Coesão Real ($p=0.296$), nas respetivas subescalas Vínculo Emocional ($p=0.518$), Apoio ($p=0.276$), Fronteiras Familiares ($p=0.109$), Tempo Livre e Amigos ($p=0.414$), Interesses e Atividades Recreativas ($p=0.940$), como na escala total da Coesão Ideal ($p=0.659$) e nas suas subescalas Vínculo Emocional ($p=0.202$), Apoio ($p=0.852$), Fronteiras Familiares ($p=0.612$), Tempo Livre e Amigos ($p=0.793$) e Interesses e Atividades Recreativas ($p=0.265$). Isso sugere que, do ponto de vista estatístico, a presença ou ausência de NEE nos filhos não parece influenciar as dinâmicas familiares relacionadas à coesão dos pais.

Tabela 7 - Resultados do teste t-Student – diferenças entre o diagnóstico de NEE e a Adaptabilidade Real

	t	p	d
AD.R Total	-1.903	0.140	7,417
LID.R	-1.509	0.69	3.56230
NEG.R	-0.920	0.181	1.42410
PAP.R	-0.381	0.353	3.73248

Nota: ; t = valor do t de student; d = valor de Cohen; p = Significância; AD.R = Adaptabilidade Real; LID.R = Liderança e Controlo Real; NEG.R= Negociação Real; PAP.R = Papéis e Regras Real.

De acordo com a tabela 7, ao considerar a escala total da Adaptabilidade Real ($t= -1.903$; $p= 0.140$; $d= 7.417$) não se verificam diferenças significativas entre os dois grupos. Embora a diferença não tenha alcançado significância estatística, o tamanho do efeito, medido pelo valor de d de Cohen, sugere uma magnitude considerável da diferença observada. Nesse

seguimento, as subescalas Liderança e Controlo ($t = -1.509$; $p = 0.69$; $d = 3.56230$), Negociação ($t = -0.920$; $p = 0.181$; $d = 1.42410$), Papéis e Regras ($t = -0.381$; $p = 0.353$; $d = 3.73248$) também apresentaram diferenças não significativas entre os grupos, conforme evidenciado por estes valores.

Tabela 8 - Resultados do teste de Mann-Whitney - diferenças entre o diagnóstico de NEE e a Adaptabilidade Ideal

	<i>p</i>
AD.I Total	-1.903
LID.I	-1.509
NEG.I	-0.920
PAP.I	-0.381

Nota: *p* = Significância; AD.I = Adaptabilidade Ideal; LID.I= Liderança e Controlo Ideal; NEG.I= Negociação Ideal; PAP.I = Papéis e Regras Ideal.

Com base nos resultados do teste não-paramétrico (tabela 8), observou-se que os valores associados às comparações não são estatisticamente significativos para todas as variáveis analisadas, desde a escala total da Adaptabilidade Ideal ($p = -1.903$) bem como as respetivas subescalas Liderança e Controlo ($p = -1.509$), Negociação ($p = -0.920$) e Papéis e Regras ($p = -0.381$). O sinal negativo indicado nas estatísticas sugere que, em média, os pais de crianças com NEE apresentaram pontuações mais baixas na Adaptabilidade Ideal em comparação ao outro grupo, apesar desta diferença não ter sido estatisticamente relevante. De um modo geral, não foram observadas diferenças significativas a nível da Adaptabilidade entre o grupo de indivíduos com filhos com NEE e o grupo de indivíduos com filhos sem este diagnóstico.

Tabela 9 - Resultados do teste t-Student – diferenças entre o diagnóstico de NEE e o *Stress* Percebido

	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
PSS-10	0.518	0.304	7.195

Nota: ; *t* = valor do *t de student*; *d* = valor de Cohen; *p* = Significância; PSS-10 = Escala do *Stress* Percebido.

De acordo com os resultados obtidos no teste *t-student* (tabela 9), ao considerar escala total do PSS-10 ($t= 0.518$; $p= 0.304$; $d= 7.195$) não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos. Embora a diferença não tenha alcançado significância estatística, o tamanho do efeito, medido pelo valor de d de Cohen, sugere uma magnitude considerável da diferença observada.

4. Correlações entre Variáveis

De modo a averiguar a presença de correlações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson e Spearman, de acordo com a normalidade das distribuições.

Primeiramente foi realizado o coeficiente de correlação de Spearman, presente na tabela 10, através do qual foi possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a presença de filhos com NEE e as variáveis em estudo ($p>0.05$). Contrariamente, verificaram-se correlações significativas entre as demais variáveis, isto é, a Coesão Real, Coesão Ideal e Adaptabilidade Ideal.

Neste seguimento, foi possível comprovar correlações significativas positivas e fortes entre a Coesão Real e a respetiva subescala Vínculo Emocional Real ($r= 0.857$, $p<0.01$), a Coesão Real e a respetiva subescala Apoio Real ($r= 0.571$, $p<0.01$), a Coesão Real e a respetiva subescala Fronteiras Familiares Real ($r= 0.824$, $p<0.01$), a Coesão Real e a respetiva subescala Tempo Livre e Amigos Real ($r= 0.731$, $p<0.01$), a Coesão Real e a respetiva subescala Interesses e Atividades Recreativas Real ($r= 0.842$, $p<0.01$), a Coesão Real e a subescala Vínculo Emocional Ideal ($r= 0.517$, $p<0.01$), a Coesão Real e a subescala Apoio Ideal ($r= 0.571$, $p<0.01$), a Coesão Real e a subescala Tempo Livre e Amigos Ideal ($r= 0.593$, $p<0.01$), entre a Coesão Real e a subescala Interesses e Atividades Recreativas Ideal ($r= 0.623$, $p<0.01$). As correlações significativas e moderadas são entre a Coesão Real e a subescala Fronteiras Familiares Ideal ($r= 0.435$, $p<0.01$), entre a Coesão Real e a escala Adaptabilidade Ideal ($r= 0.352$, $p<0.01$) e entre a Coesão Real e a subescala Liderança e Controlo Ideal ($r= 0.473$, $p<0.01$). A única correlação significativa fraca remete para a Coesão Real e a subescala Negociação Ideal ($r= 0.284$, $p<0.05$).

Relativamente à subescala Vínculo Emocional Real, foi possível averiguar correlações significativas e fortes com a subescala Apoio Real ($r = 0.536, p < 0.01$), com a subescala Fronteiras Familiares Real ($r = 0.674, p < 0.01$), com a subescala Interesses e Atividades Recreativas Real ($r = 0.636, p < 0.01$), com a subescala Apoio Ideal ($r = 0.536, p < 0.01$) e com a subescala Interesses e Atividades Recreativas Ideal ($r = 0.502, p < 0.01$). Para além disso, apresentou correlações significativas e moderadas para com a subescala Tempo Livre e Amigos Real ($r = 0.447, p < 0.01$), com a escala Coesão Ideal ($r = 0.359, p < 0.01$), com a subescala Vínculo Emocional Ideal ($r = 0.472, p < 0.01$), com a subescala Fronteiras Familiares Ideal ($r = 0.395, p < 0.01$) e com a subescala Tempo Livre e Amigos Ideal ($r = 0.337, p < 0.05$). Apresentou, ainda, correlações significativas fracas entre a escala Adaptabilidade Ideal ($r = 0.277, p < 0.05$), a subescala Liderança e Controlo Ideal ($r = 0.275, p < 0.05$) e a subescala Negociação Ideal ($r = 0.284, p < 0.05$). A subescala Apoio Real demonstrou correlações significativas fortes entre si e a subescala Vínculo Emocional Ideal ($r = 0.436, p < 0.01$), mas também para com a subescala Apoio Ideal ($r = 1.000, p < 0.01$). Além destas correlações, apresentou ainda correlações significativas e moderadas para com a subescala Fronteiras Familiares Real ($r = 0.447, p < 0.01$), com a subescala Tempo Livre e Amigos Real ($r = 0.314, p < 0.01$), a subescala Interesses e Atividades Recreativas Real ($r = 0.334, p < 0.01$), a subescala Interesses e Atividades Recreativas Ideal ($r = 0.393, p < 0.01$), a escala Adaptabilidade Ideal ($r = 0.344, p < 0.01$), a subescala Liderança e Controlo Ideal ($r = 0.399, p < 0.01$), mas também para com a subescala Negociação Ideal ($r = 0.356, p < 0.01$). Por último, verificaram-se correlações significativas baixas entre a subescala Apoio Real e a subescala Tempo Livre e Amigos ($r = 0.276, p < 0.05$).

No que toca à subescala Fronteiras Familiares Real, esta apresentou correlações significativas fortes entre a subescala Tempo Livre e Amigos Real ($r = 0.644, p < 0.01$), a subescala Interesses e Atividades Recreativas Real ($r = 0.634, p < 0.01$), bem como a subescala Interesses e Atividades Recreativas Ideal ($r = 0.530, p < 0.01$). As correlações significativas moderadas que apresentou remetem para as subescalas Vínculo Emocional Ideal ($r = 0.442, p < 0.01$), Apoio Ideal ($r = 0.447, p < 0.01$), Fronteiras Familiares Ideal ($r = 0.341, p < 0.01$), Tempo Livre e Amigos Ideal ($r = 0.435, p < 0.01$), Liderança e Controlo Ideal ($r = 0.360, p < 0.01$) e a escala Adaptabilidade Ideal ($r = 0.324, p < 0.05$). Neste seguimento, foram observadas correlações significativas fracas entre a subescala Fronteiras Familiares Real e a subescala Papéis e Regras Ideal ($r = 0.275, p < 0.05$).

Por sua vez, a subescala Tempo Livre e Amigos Real demonstrou correlações significativas e fortes para com a subescala Interesses e Atividades Recreativas Real ($r = 0.587, p < 0.01$), com subescala Tempo Livre e Amigos Ideal ($r = 0.744, p < 0.01$), com a subescala Interesses e Atividades Recreativas Ideal ($r = 0.517, p < 0.01$) e com a subescala Liderança e Controle Ideal ($r = 0.550, p < 0.01$). Apresentou, ainda, cinco correlações significativas moderadas entre a subescala Vínculo Emocional Ideal ($r = 0.474, p < 0.01$), entre a subescala Fronteiras Familiares Ideal ($r = 0.449, p < 0.01$), entre a escala Adaptabilidade Ideal ($r = 0.417, p < 0.01$), entre a subescala Apoio Ideal ($r = 0.314, p < 0.05$) e entre a subescala Negociação Ideal ($r = 0.324, p < 0.05$). Referente às correlações significativas fracas, a subescala Tempo Livre e Amigos Real apresentou correlação entre a Coesão Ideal ($r = 0.255, p < 0.05$), mas também entre a subescala Papéis e Regras Ideal ($r = 0.250, p < 0.05$).

A subescala Interesses e Atividades Recreativas Real exibiu apenas uma correlação significativa forte entre a subescala Interesses e Atividades Recreativas Ideal ($r = 0.529, p < 0.01$). Apresentou correlações significativas moderadas entre a subescala Tempo Livre e Amigos Ideal ($r = 0.470, p < 0.01$), entre a subescala Liderança e Controle Ideal ($r = 0.347, p < 0.01$) e entre a subescala Apoio Ideal ($r = 0.334, p < 0.05$). Para além disso, demonstrou correlações significativas fracas para com a subescala Vínculo Emocional Ideal ($r = 0.297, p < 0.05$), e com a subescala Fronteiras Familiares Ideal ($r = 0.279, p < 0.05$).

A escala da Coesão Ideal apenas verificou uma correlação significativa moderada entre a subescala Interesses e Atividades Recreativas ($r = 0.310, p < 0.05$).

A subescala Vínculo Emocional Ideal apresentou sete correlações significativas fortes entre a subescala Fronteiras Familiares Ideal ($r = 0.838, p < 0.01$), a subescala Tempo Livre e Amigos Ideal ($r = 0.620, p < 0.01$), a subescala Interesses e Atividades Recreativas Ideal ($r = 0.770, p < 0.01$), a escala Adaptabilidade Ideal ($r = 0.702, p < 0.01$), a subescala Liderança e Controle Ideal ($r = 0.665, p < 0.01$), a subescala Negociação Ideal ($r = 0.648, p < 0.01$) e a subescala Papéis e Regras Ideal ($r = 0.556, p < 0.01$). Apresentou também uma correlação significativa moderada entre a escala Adaptabilidade Ideal ($r = 0.436, p < 0.01$).

A subescala Apoio Ideal apresentou correlações significativas moderadas para com as subescalas Interesse e Atividades Recreativas Ideal ($r = 0.393, p < 0.01$), Liderança e Controle Ideal ($r = 0.399, p < 0.01$), Negociação Ideal ($r = 0.356, p < 0.01$) e a escala Adaptabilidade Ideal

($r = 0.344$, $p < 0.01$). Foi também verificada uma correlação significativa fraca entre a subescala Apoio Ideal e a subescala Tempo Livre e Amigos Ideal ($r = 0.276$, $p < 0.05$).

A subescala Fronteiras Familiares Ideal apresentou quatro correlações significativas fortes entre a subescala Tempo Livre e Amigos Ideal ($r = 0.621$, $p < 0.01$), a subescala Interesses e Atividades Recreativas Ideal ($r = 0.767$, $p < 0.01$), a escala Adaptabilidade Ideal ($r = 0.525$, $p < 0.01$) e a subescala Liderança e Controle ($r = 0.510$, $p < 0.01$). Foram exibidas correlações significativas moderadas entre a subescala Fronteiras Familiares Ideal e a subescala Negociação Ideal ($r = 0.494$, $p < 0.01$), e entre a subescala Fronteiras Familiares Ideal e a subescala Papéis e Regras Ideal ($r = 0.415$, $p < 0.01$).

A subescala Tempo Livre e Amigos Ideal apresentou correlações significativas e fortes para com a subescala Interesses e Atividades Recreativas Ideal ($r = 0.623$, $p < 0.01$), a escala Adaptabilidade Ideal ($r = 0.506$, $p < 0.01$), a subescala Liderança e Controle Ideal ($r = 0.677$, $p < 0.01$) e a subescala Negociação Ideal ($r = 0.550$, $p < 0.01$). Apresentou, ainda, apenas uma correlação significativa fraca entre a subescala Papéis e Regras Ideal ($r = 0.276$, $p < 0.05$).

A subescala Interesses e Atividades Recreativas Ideal demonstrou três correlações significativas fortes para com a escala Adaptabilidade Ideal ($r = 0.680$, $p < 0.01$), com a subescala Liderança e Controle Ideal ($r = 0.671$, $p < 0.01$) e a subescala Papéis e Regras Ideal ($r = 0.563$, $p < 0.01$). Para além disso, apresentou uma correlação significativa moderada com a subescala Negociação Ideal ($r = 0.476$, $p < 0.01$).

A escala Adaptabilidade Ideal apresentou três correlações significativas fortes para com as subescalas Liderança e Controle Ideal ($r = 0.855$, $p < 0.01$), Negociação Ideal ($r = 0.624$, $p < 0.01$) e Papéis e Regras Ideal ($r = 0.909$, $p < 0.01$).

Neste seguimento, a subescala Liderança e Controle Ideal apresentou duas correlações significativas fortes entre as subescalas Negociação Ideal ($r = 0.615$, $p < 0.01$) e Papéis e Regras Ideal ($r = 0.594$, $p < 0.01$). Por último, a subescala Negociação Ideal demonstrou uma correlação significativa e moderada entre a subescala Papéis e Regras Ideal ($r = 0.398$, $p < 0.01$).

Estes resultados sugerem que a presença de filhos com NEE pode não estar diretamente associada à perceção dos pais sobre a coesão e adaptabilidade conjugal e familiar. Por outro lado, as expectativas dos pais sobre a dinâmica conjugal e familiar podem influenciar sua visão e compreensão da realidade.

Tabela 10 - Coeficiente de correlação de Spearman entre NEE, Coesão Real, Coesão Ideal e Adaptabilidade Ideal

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. NEE	-	-.154	-.095	-.161	-.237	-.120	-.011	.065	-.188	-.161	-.075	-.039	-.164	-.150	-.057	-.050	-.160
2. COE.R	-	-	.857**	.571**	.824**	.731**	.842**	.278**	.517**	.571**	.435**	.593**	.623**	.352**	.473**	.284*	.207
3. VINC.R	-	-	-	.536**	.674**	.447**	.636**	.359**	.472**	.536**	.395**	.337*	.502**	.277*	.275*	.284*	.208
4. APO.R	-	-	-	-	.447**	.314*	.334*	.172	.436**	1.000**	.220	.276*	.393**	.344**	.399**	.356*	.223
5. FRONT.R	-	-	-	-	-	.644**	.634**	.239	.442**	.447**	.341**	.435**	.530**	.324*	.360**	.125	.275*
6. TEMP.R	-	-	-	-	-	-	.587**	.255*	.474**	.314*	.449**	.744**	.517**	.417**	.550**	.324*	.250*
7. INT.R	-	-	-	-	-	-	-	.165	.297*	.334*	.279*	.470**	.529**	.201	.347**	.122	.091
8. COE.I	-	-	-	-	-	-	-	-	.154	.172	.241	.191	.310*	.133	-.013	.085	.226
9. VINC.I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.436**	.838**	.620**	.770**	.702**	.665**	.648*	.556**
10. APO.I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.220	.276*	.393**	.344**	.399**	.356*	.223
11. FRONT.I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.621**	.767**	.525**	.510**	.494*	.415**
12. TEMP.I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.623**	.506**	.677**	.550*	.276*
13. INT.I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.680**	.671**	.476*	.563**
14. AD.I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.855**	.624*	.909**
15. LID.I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.615*	.594**
16. NEG.I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.398**
17. PAP.I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: COE.R= Coesão Real; VINC.R = Vínculo Emocional Real; APO.R = Apoio Real; FRONT.R = Fronteiras Familiares Real; TEMP.R = Tempo Livre e Amigos Real; INT.R = Interesses e Atividades Recreativas Real; COE.I= Coesão Ideal; VINC.I = Vínculo Emocional Ideal; APO.I = Apoio Ideal; FRONT.I= Fronteiras Familiares Ideal; TEMP.I = Tempo Livre e Amigos Ideal; INT.I = Interesses e Atividades Recreativas Ideal; AD.I = Adaptabilidade Ideal; LID.I= Liderança e Controlo Ideal; NEG.I= Negociação Ideal; PAP.I = Papéis e Regras Ideal. * $p < .05$; ** $p < .01$.

Por sua vez, foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson para as variáveis que cumpriram os pressupostos da normalidade, tal como é possível verificar na tabela 11.

Tabela 11 - Coeficiente de correlação de Pearson entre NEE, Adaptabilidade Real e *Stress* Percebido

Variáveis	1	2	3	4	5	6
1. NEE	-	-.161	-.220	-.136	-.057	0.77
2. AD.R	-	-	.861**	.791**	.865**	-.408*
3. LID.R	-	-	-	.613**	.518**	-.456**
4. NEG.R	-	-	-	-	.607**	-.374*
5. PAP.R	-	-	-	-	-	-.231
6. PSS	-	-	-	-	-	-

Nota: AD.R = Adaptabilidade Real; LID.R= Liderança e Controlo Real; NEG.R= Negociação Real; PAP.R = Papéis e Regras Real; PSS= Escala de *Stress* Percebido. * $p \leq .05$; ** $p < .01$.

Os resultados contidos na tabela anterior, referentes ao coeficiente de correlação de Pearson, demonstram que a variável NEE está fracamente correlacionada com a escala Adaptabilidade Real ($r = -0.161$), a respetiva subescala Liderança e Controlo Real ($r = -0.220$) e a escala de *Stress* Percebido ($r = -0.136$), contudo, embora haja uma associação negativa entre as variáveis, não é verificada nenhuma diferença estatisticamente significativa ($p > 0.05$). Deste modo, o diagnóstico de NEE no filho não influenciou ou representou um impacto significativo para a Adaptabilidade Real e *Stress* Percebido dos pais.

Relativamente à escala Adaptabilidade Real, esta apresentou três correlações significativas fortes entre as respetivas subescalas Liderança e Controlo Real ($r = 0.861$, $p < 0.01$), Negociação Real ($r = 0.791$, $p < 0.01$), e Papéis e Regras Real ($r = 0.865$, $p < 0.01$). Para além disso, apresentou uma correlação significativa negativa moderada para com a escala de *Stress* Percebido ($r = -0.408$, $p = 0.002$), promovendo a ideia que, à medida que a adaptabilidade diminui, o *stress* percebido aumenta.

A subescala Liderança e Controlo Real exibiu duas correlações significativas fortes com a subescala Negociação Real ($r = 0.613$, $p < 0.01$), e com a subescala Papéis e Regras Real ($r = 0.518$, $p < 0.01$). Apresentou, ainda, uma correlação significativa negativa moderada entre a escala de *Stress* Percebido ($r = -0.456$, $p < 0.01$), sugerindo que uma menor capacidade de liderança e controlo fomenta um aumento no *stress* percebido.

A subescala Negociação Real apresentou duas correlações significativas: uma positiva forte entre a subescala Papéis e Regras Real ($r= 0.607$, $p<0.01$), e outra negativa moderada entre a escala *Stress* Percebido ($r= -0.374$, $p=0.05$). Desta forma, à medida que o envolvimento nas regras e nos papéis a desempenhar aumenta, a respetiva capacidade de negociação também irá aumentar. Por sua vez, níveis de *stress* percebido mais elevados, tendem a reduzir a capacidade de negociação.

5. Mediação

Visando uma compreensão mais abrangente dos fatores que influenciam a dinâmica familiar e conjugal, procedeu-se com mediação entre as variáveis de estudo.

Primeiramente realizou-se uma análise incluindo a variável Coesão, investigando o papel mediador do *stress* percebido na relação entre a presença de filhos com NEE e a coesão dos pais, tal como é possível verificar na seguinte tabela 12. Por sua vez, numa segunda instância, efetuou-se uma mediação integrando a variável Adaptabilidade, analisando o papel mediador do *stress* percebido na relação entre a presença de filhos com NEE e a adaptabilidade dos pais, sendo que os resultados estão contidos na tabela 13.

Tabela 12 - Mediação entre *Stress* Percebido, NEE e Coesão

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LLCI</i>	<i>ULCI</i>
Path a:						
NEE > <i>Stress</i> Percebido	1.0870	2.0996	0.5177	0.6072	-3.1419	5.3158
Path b:						
<i>Stress</i> Percebido > Coesão	-0.6506	0.1221	-5.3304	0.0000	-0.8966	-0.4046
Path c – Total Effect:						
NEE > Coesão	-1.6920	2.1807	-0.7759	0.4419	-6.0842	2.7002
Path c’ – Direct Effect:						
NEE > Coesão	-0.9849	1.7242	-0.5712	0.5708	-4.4597	2.4900
Indirect Effect (5000 Bootstrap)	-0.7072	1.4606			-3.7310	1.9633

Nota: *LLCI* = Limite Inferior do Intervalo de Confiança 95%; *ULCI* = Limite Superior do Intervalo de Confiança 95%. Os coeficientes e efeitos apresentados não são padronizados.

De acordo com a tabela 12, referente à relação entre NEE e o *stress* percebido pelos pais, não se observaram associações estatisticamente significativas entre as variáveis ($b = 1.0870$, $p = 0.6072$, 95% CI $[-3.1419, 5.3158]$, $t = 0.5177$). Segundo estes resultados e tal como havia sido aferido anteriormente, o diagnóstico de NEE nos filhos não influenciou significativamente o *stress* percebido dos pais. No entanto, é importante ressaltar que o intervalo de confiança de 95% para esse coeficiente é amplo, o que indica uma considerável incerteza em torno da estimativa do efeito.

Por sua vez, ao analisar a relação entre o *stress* percebido e a coesão conjugal dos pais, observou-se um efeito direto significativo ($b = -0.6506$, $p = 0.0000$, 95% CI $[-0.8966, -0.4046]$, $t = 5.3304$). Estes resultados sugerem uma relação significativa negativa entre o *stress* percebido pelos pais e sua percepção de coesão, indicando que um aumento no *stress* percebido está associado a uma diminuição na coesão conjugal.

Ao examinar o efeito total de NEE na coesão percebida pelos pais sem considerar o papel mediador do *stress* percebido, não se verificaram associações estatisticamente significativas ($b = -1.6920$, $p = 0.4419$, 95% CI $[-6.0842, 2.7002]$, $t = -0.7759$). Assim sendo, tal como havia sido aferido anteriormente, a presença de filhos com NEE não representou um efeito total significativo sobre a coesão percebida pelos pais. No entanto, é importante ressaltar que o intervalo de confiança de 95% para esse coeficiente é amplo, revelando uma considerável incerteza em torno da estimativa do efeito.

A análise da relação direta entre NEE e a coesão conjugal dos pais também revelou um efeito não significativo ($b = -0.9849$, $p = 0.5708$, 95% CI $[-4.4597, 2.4900]$, $t = -0.5712$). Estes resultados sugerem que não houve uma influência direta significativa da presença de filhos com NEE sobre a coesão conjugal dos pais.

No que diz respeito ao efeito indireto de NEE na coesão conjugal através do *stress* percebido, não foram observados resultados estatisticamente significativos dessa mediação ($b = -0.7072$, $\text{BootSE} = 1.3952$, $\text{BootLLCI} = -3.5894$, $\text{BootULCI} = 1.9737$). Isso sugere que não é possível afirmar com confiança que o *stress* percebido atua como mediador na relação entre NEE e coesão conjugal dos pais, pois o intervalo de confiança para esse efeito inclui zero.

Desta forma, com base nos resultados alcançados através da mediação, concluiu-se que, embora o *stress* percebido pelos pais pareça influenciar a coesão conjugal, não foram encontradas evidências suficientes para apoiar a hipótese de que este atua como mediador na relação entre a presença de filhos com NEE e a coesão conjugal dos pais.

Tabela 13 - Mediação entre *Stress* Percebido, NEE e Adaptabilidade

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LLCI</i>	<i>ULCI</i>
Path a:						
NEE > <i>Stress</i> Percebido	1.0870	2.0996	0.5177	0.6072	-3.1419	5.3158
Path b:						
<i>Stress</i> Percebido > Adaptabilidade	-0.4144	0.1423	-2.9121	0.0056	-0.7012	-0.1276
Path c – Total Effect:						
NEE > Adaptabilidade	-2.3659	2.1643	-1.0931	0.2801	-6.7252	1.9933
Path c' – Direct Effect:						
NEE > Adaptabilidade	-1.9155	2.0101	-0.9529	0.3458	-5.9667	2.1357
Indirect Effect (5000 Bootstrap)	-0.4504	0.9605			-2.5786	1.3209

Nota: *LLCI* = Limite Inferior do Intervalo de Confiança 95%; *ULCI* = Limite Superior do Intervalo de Confiança 95%. Os coeficientes e efeitos apresentados não são padronizados.

De acordo com a tabela 13, tal como havia sido apresentado e referido na análise anterior, não se observaram associações estatisticamente significativas entre as variáveis NEE e *stress* percebido ($b = 1.0870$, $p = 0.6072$, 95% CI [-3.1419, 5.3158], $t = 0.5177$). Esses resultados corroboram com as conclusões anteriores, onde se constatou que a presença de filhos com NEE não origina um efeito significativo no *stress* percebido pelos pais.

Ao investigar a relação entre o *stress* percebido e a adaptabilidade dos pais, observou-se um efeito direto significativo entre as variáveis ($b = -0.4144$, $p = 0.0056$, 95% CI [-0.7012, -0.1276], $t = -2.9121$). Tais resultados sugerem uma relação significativa negativa entre o *stress* percebido pelos pais e sua percepção de adaptabilidade, indicando que um aumento no *stress* percebido está associado a uma diminuição na adaptabilidade conjugal.

Ao examinar o efeito total de NEE na adaptabilidade percebida pelos pais sem considerar o *stress* percebido como mediador, não foram encontradas associações estatisticamente significativas ($b = -2.3659$, $p = 0.2801$, 95% CI $[-6.7252, 1.9933]$, $t = -1.0931$). Deste modo, tal como havia sido mencionado previamente, a presença de filhos com NEE não revelou ter um efeito total estatisticamente significativo sobre a adaptabilidade percebida pelos pais. No entanto, é importante ressaltar que o intervalo de confiança de 95% para esse coeficiente é amplo, revelando uma considerável incerteza em torno da estimativa do efeito.

A análise da relação direta entre NEE e a adaptabilidade dos pais também revelou um efeito não significativo ($b = -1.9155$, $p = 0.3458$, 95% CI $[-5.9667, 2.1357]$, $t = -0.9529$), sugerindo que a presença de filhos com NEE não teve um impacto direto significativo sobre a adaptabilidade percebida pelos pais.

Por último, referente ao efeito indireto de NEE na coesão conjugal através do *stress* percebido, não foram observados resultados estatisticamente significativos dessa mediação ($b = -0.7072$, $\text{BootSE} = 1.3952$, $\text{BootLLCI} = -3.5894$, $\text{BootULCI} = 1.9737$). Com base nestes resultados, não é possível afirmar com confiança que o *stress* percebido atua como mediador na relação entre NEE e adaptabilidade dos pais, uma vez que o intervalo de confiança para esse efeito inclui zero.

Em suma, não foram encontradas evidências suficientes para sustentar a hipótese de que o *stress* percebido atua como mediador na relação entre a presença de filhos com NEE e a adaptabilidade dos pais. Neste sentido, o efeito direto significativo do *stress* percebido na adaptabilidade sugere que outros fatores, como o suporte social e características individuais dos pais, podem influenciar a adaptabilidade conjugal.

6. Regressões Lineares

De modo a aferir se as variáveis sociodemográficas exercem influência nas variáveis em estudo, procedeu-se com a realização de regressões lineares entre as mesmas. Neste contexto, o sexo foi a primeira variável sociodemográfica a ser analisada com o intuito de verificar a sua possível associação como preditor da coesão (tabela 14).

Tabela 14 - Regressão Linear Simples entre o Sexo e a Coesão

β	R^2 ajustado	SE	t	p
---------	----------------	------	-----	-----

Sexo	4.256	0.055	2.227	1.911	0.062
------	-------	-------	-------	-------	-------

Os resultados revelaram que o modelo de regressão linear simples não foi estatisticamente significativo, $F(1,45) = 3.652$, $p = 0.062$, logo, não é possível afirmar que o sexo dos participantes tem um efeito significativo na coesão conjugal percebida. Da mesma forma, ao examinar os coeficientes, observou-se que o sexo apresentou um coeficiente beta positivo ($\beta = 4.256$), algo que sugere uma associação positiva entre o sexo e a coesão conjugal, contudo, este coeficiente não alcançou significância estatística ($p = 0.062$). Por último, aproximadamente 5.5% da variância na percepção de coesão conjugal é explicada pelo sexo.

De seguida, realizou-se uma análise de regressão linear simples visando averiguar se o sexo constituía um fator de predição de *stress* percebido, tal como é apresentada na seguinte tabela 15.

Tabela 15 - Regressão Linear Simples entre o Sexo e o *Stress* Percebido

	β	R^2 ajustado	SE	t	p
Sexo	-5.734	0.129	2.051	-2.796	0.008

Os resultados indicaram que o modelo foi estatisticamente significativo, $F(1,45) = 7.819$, $p = 0.008$, promovendo a ideia de que o sexo pode desempenhar um papel preditor de *stress* percebido. Neste contexto, é importante ressaltar que o sexo feminino ($M = 22.48$, $DP = 6.787$) apresentou valores médios bastante superiores ao sexo masculino ($M = 16.75$, $DP = 6.403$) na escala de *Stress* Percebido. Para além disso, foi possível averiguar que 12.9% da variância do *stress* percebido pode ser explicada pelo sexo dos participantes.

Estes resultados sugerem que o sexo é um fator importante a ter em consideração ao avaliar o *stress* percebido, com o sexo feminino associado a maiores níveis de *stress* percebido face ao sexo masculino.

De modo a verificar se o número de filhos representa um fator preditor da coesão, procedeu-se com a análise de uma regressão linear simples entre as variáveis, tal como é apresentado na tabela 16.

Tabela 16 - Regressão Linear Simples entre o Número de Filhos e a Coesão

	β	R^2 ajustado	SE	t	p
Nº de filhos	3.133	0.070	1.482	2.112	0.040

Com base nos resultados apresentados, o modelo demonstrou ser estatisticamente significativo, $F(1,45) = 4.460$, $p = 0.040$, indicando que o número de filhos poderá ser um fator preditor de coesão conjugal pelos pais. O coeficiente associado ao número de filhos sugere uma associação positiva entre essas variáveis, isto é, em média, um aumento no número de filhos está associado a um aumento na coesão conjugal percebida. Contudo, é importante referir que apenas 7% da variância na coesão conjugal pode ser explicada pelo número de filhos.

Neste contexto, realizou-se uma análise visando apurar se o número de filhos representava um fator de predição de adaptabilidade, tal como é apresentada na seguinte tabela 17.

Tabela 17 - Regressão Linear Simples entre o Número de Filhos e a Adaptabilidade

	β	R^2 ajustado	SE	t	p
Nº de filhos	0.151	-0.022	1.553	0.97	0.923

Diante os resultados da tabela 17, não foram observados valores estatisticamente significativos entre as variáveis $F(1, 45) = 0.009$, $p = 0.923$, apontando que o número de filhos não representou um fator preditor significativo da adaptabilidade neste contexto. Corroborando com estes resultados, o coeficiente de regressão obtido sugere que, em média, um aumento no número de filhos não está associado a uma mudança significativa na adaptabilidade dos pais. Adicionalmente, o modelo de regressão linear simples não foi capaz de explicar uma proporção significativa da variância na adaptabilidade com base no número de filhos.

De um modo geral, outras variáveis excluídas na análise poderão desempenhar um papel mais significativo na determinação da adaptabilidade dos pais.

A última análise de regressão linear simples diz respeito a um possível papel preditor que o tipo de diagnóstico dos filhos desempenha nos níveis de *stress* percebido pelos pais, sendo possível verificar estes resultados na seguinte tabela 18.

Tabela 18 - Regressão Linear Simples entre o tipo de Diagnóstico e o *Stress* Percebido

	β	R^2 ajustado	SE	t	p
Tipo de Diagnóstico	-0.916	0.627	1.482	-1.463	0.158

Os resultados obtidos entre o tipo de diagnóstico do filho e o *stress* percebido pelos pais demonstram que o modelo não foi estatisticamente significativo, $F(1,45)= 2.139$, $p= 0.158$, sugerindo que o tipo de diagnóstico poderá não representar um fator preditor de *stress* percebido pelos pais. Embora o coeficiente associado ao tipo de diagnóstico dos filhos apresente uma associação negativa entre o *stress* percebido ($\beta = -0.916$), não é possível observar um efeito significativo.

Por fim, é fundamental referir que, apesar de 62.7% da variância no *stress* percebido ser explicada pelo tipo de diagnóstico, o modelo não demonstrou ser significativo e, deste modo, outros fatores não incluídos poderão ter uma influência mais significativa no *stress* percebido do que o tipo de diagnóstico.

Parte IV – Discussão

A presente investigação pretendia analisar e comparar a coesão conjugal, a adaptabilidade, bem como o *stress* percebido entre indivíduos com filhos com NEE e indivíduos com filhos com desenvolvimento típico. A amostra era composta por um total de 47 participantes, dos quais 23 eram referentes ao primeiro grupo e 24 pertenciam ao grupo de pais com filhos sem qualquer diagnóstico. Para além disso, procurava averiguar um possível papel mediador do *stress* percebido na relação entre o impacto do diagnóstico na coesão e adaptabilidade destes pais. Neste sentido, proceder-se-á com a discussão dos resultados encontrados, à luz da teoria previamente apresentada.

De acordo com a primeira hipótese, era esperado que a presença de filhos com NEE estivesse associada e predissesse níveis inferiores de coesão conjugal percebida pelos pais, contudo, a inexistência de correlações estatisticamente significativas entre as variáveis levou a que não fosse possível proceder com a sua confirmação. Os resultados dos estudos apresentados na revisão literária são bastante divergentes, tendo em conta que alguns deles haviam identificado correlações entre as variáveis, apresentando níveis de coesão superiores por parte do grupo com filhos com este diagnóstico (Javadin, 2011; Marciano et al., 2015) e, por sua vez, outros estudos que referem que este grupo é menos coeso em relação ao grupo de indivíduos com filhos com desenvolvimento típico (Hartley et al., 2017). No entanto, em consonância com os resultados verificados no presente estudo, existem estudos que não apuraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, nem associações entre os níveis de coesão e a presença de filhos com NEE (Tsibidaki, 2020; Tsibidaki & Tsamparli, 2009). Neste seguimento, é importante referir que, em ambos os grupos, o tipo de Coesão mais observado foi Separada, e as menos comuns remetem para Enredada no grupo de NEE e Desprendida no segundo grupo.

No que concerne o diagnóstico de NEE, são necessárias bastantes alterações e adaptações por parte da família, bem como de todo o meio envolvente à criança, para que se possa dar a melhor resposta terapêutica possível, procurando prioritariamente o bem-estar e desenvolvimento da criança (Lei & Kantor, 2020). Neste contexto, a segunda hipótese previa uma associação entre os níveis de adaptabilidade e a presença de filhos com NEE, mais especificamente que a presença do diagnóstico levasse ao aumento dos níveis de adaptabilidade percebidos pelos pais, porém não foi possível sustentar este pensamento. Mais uma vez, os estudos contidos na revisão literária apresentavam discrepâncias a nível dos resultados, tendo em conta que, em determinados estudos, os grupos exibiram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de adaptabilidade, mais especificamente o grupo de indivíduos com

filhos com NEE demonstrava maior capacidade de adaptação face ao outro grupo, bem como detetar riscos e necessidades e procurar os recursos mais indicados para responder às adversidades (Javadian, 2011, Lara & Pinos, 2017) e, contrariamente, outros estudos não verificaram diferenças entre os grupos ou associações entre as respetivas variáveis, isto é, o diagnóstico não supôs diferenças a nível da adaptabilidade (Tsibidaki, 2020; Tsibidaki & Tsamparli, 2009). Deste modo, foi possível notar que o tipo de Adaptabilidade mais observado no grupo de NEE foi Flexível, e o menos observado Estruturada. Por sua vez, o segundo grupo, apresentou em maior número o tipo Estruturada e, em menor número, o tipo Rígida.

A terceira hipótese previa uma correlação entre os níveis de *stress* percebidos pelos pais e a presença de filhos com NEE, sendo que, através dos resultados obtidos, não foi possível confirmar a mesma. Estes resultados não vão de acordo com a revisão bibliográfica, uma vez que os estudos apresentados reconhecem diferenças significativas entre o grupo de pais com crianças com NEE e o grupo com filhos com desenvolvimento típico, identificando correlações entre as variáveis em questão (Goetz et al., 2019; Minetto et al., 2012; Murphy et al., 2011). Os resultados verificados no presente estudo poderão estar associados a dois fatores: ambos os grupos revelaram níveis de *stress* percebido bastante elevados e outras variáveis relevantes poderão não ter sido consideradas na análise, como por exemplo o sexo e a idade. Relativamente aos níveis de *stress* da amostra, de acordo com a descrição qualitativa da escala, o grupo de NEE apresentou Risco Psicossomático em maior número, e por sua vez, o segundo grupo apresentou Eustress Médio.

A quarta hipótese supunha que o *stress* percebido desempenhava um papel mediador na relação entre o diagnóstico do filho e a coesão e adaptabilidade dos pais, mais nomeadamente a presença de um filho com NEE propiciava níveis mais elevados de *stress* percebido pelos pais e, consequentemente, um elevado nível de *stress* percebido iria levar a níveis reduzidos de coesão e adaptabilidade por parte dos mesmos. Assim como era previsto, tendo em conta os resultados das hipóteses anteriores, não foi possível apoiar a hipótese de que o *stress* percebido atua como mediador na relação entre a presença de filhos com NEE e a coesão e adaptabilidade dos pais. No que concerne a relação entre a presença de um filho com NEE e o *stress* percebido pelos pais, embora o coeficiente positivo demonstre uma tendência de aumento no *stress* percebido face à presença do diagnóstico, verificou-se a inexistência de associações estatisticamente significativas entre as variáveis. Na relação entre o *stress* percebido pelos pais e a sua perceção de coesão conjugal foram observados resultados estatisticamente significativos ($b = -0.6506$, $p = 0.0000$, 95% CI $[-0.8966, -0.4046]$, $t = 5.3304$), sugerindo que, um aumento

no *stress* percebido pelos pais, poderá levar a uma diminuição na coesão conjugal. Ao analisar o efeito total da presença de filhos com NEE na coesão percebida pelos pais, não foram encontradas associações significativas. Em consonância, o efeito indireto da presença de filhos com NEE na coesão conjugal considerando o papel mediador do *stress* percebido também não apresentou resultados estatisticamente significativos. Neste seguimento, referente à relação entre o *stress* percebido pelos pais e a adaptabilidade, foram observados efeitos diretos significativos ($b = -0.4144$, $p = 0.0056$, 95% CI $[-0.7012, -0.1276]$, $t = -2.9121$), sugerindo que, um aumento no *stress* percebido, está associado a uma menor adaptabilidade conjugal. No entanto, quer o efeito total da presença de filhos com NEE na adaptabilidade percebida pelos pais, como o efeito indireto da presença de filhos com NEE na adaptabilidade considerando o *stress* percebido pelos pais não apresentaram resultados significativos.

A quinta e última hipótese esperava associações entre as variáveis sociodemográficas, como o sexo, número de filhos e o tipo de diagnóstico do filho, e as variáveis em estudo. Primeiramente, através de uma regressão linear simples, não foi possível comprovar que o sexo dos participantes tenha sido um fator preditor na coesão conjugal percebida por si. Estes resultados não eram esperados, tendo em conta que, segundo um estudo realizado por Baiocco e colaboradores (2013) a 1.416 indivíduos, dos quais 672 mulheres e 744 homens, os grupos diferiram relativamente aos níveis de coesão, mais especificamente tendo o sexo feminino apresentado níveis superiores face ao sexo masculino. Neste seguimento, foi possível comprovar associações entre o sexo dos participantes e *stress* percebido por eles, ($F(1,45) = 7.819$, $p = 0.008$), sugerindo que o sexo prevê e explica o *stress* percebido, bem como 12.9% da variabilidade de *stress* percebido ser explicada pelo fator sexo. Para além disso, é importante sublinhar as diferenças significativas entre as médias obtidas pelo sexo feminino ($M = 22.48$, $DP = 6.787$) e o sexo masculino ($M = 16.75$, $DP = 6.403$). Estes resultados vão de acordo com a bibliografia exposta, mais especificamente um estudo realizado em Portugal, por (d’Orsi et al., 2023), que contava com a participação de 254 indivíduos casados e em união de facto. Para além de verificar níveis de *stress* mais elevados nas mulheres, ainda destaca a desigual distribuição de tarefas domésticas, sendo maioritariamente atribuída à figura feminina, algo que poderá promover estas diferenças.

Relativamente ao número de filhos, verificou-se que este poderá explicar a variância dos níveis de coesão, $F(1,45) = 4.460$, $p = 0.040$, isto é, em média, quanto maior o número de filhos, maiores os níveis de coesão percebidos pelos pais. No entanto, é importante ressaltar que apenas 7% da variância na coesão conjugal pode ser explicada pelo número de filhos.

Contrariamente, o número de filhos não demonstrou ser um fator preditor da adaptabilidade percebida pelos pais, tendo em conta que não apresentou relevância estatística. Huang e colaboradores (2021) realizaram um estudo, que contava com a participação de 825 enfermeiros, procurando identificar fatores determinantes da coesão e adaptabilidade familiar, entre os quais estava presente o número de filhos. Contrariando os resultados obtidos no presente estudo, não foram observadas associações significativas entre o número de filhos e a coesão, porém, um maior número de filhos esteve associado a uma menor coesão. Por sua vez, Felgosa (2013) procurou analisar os níveis de coesão e adaptabilidade da população portuguesa, mais nomeadamente 120 mães, e verificou associações entre o número de filhos e os níveis de coesão e adaptabilidade. Esta discrepância de resultados poderá estar associada a três fatores: ao contrário da amostra do presente estudo, Huang e colaboradores apenas abrangeram enfermeiros, profissão que está associada a elevados níveis de *stress* e carga laboral, podendo influenciar os níveis de coesão e adaptabilidade; a amostra do presente estudo integrou a perspetiva dos pais e das mães, por sua vez, Felgosa apenas incluiu a participação da figura materna; para além disso, pais de crianças com NEE foram incluídos na investigação, ao contrário de Felgosa que apenas abrangeu mães de crianças com desenvolvimento típico.

Por último, não foi possível comprovar um impacto estatisticamente significativo nem preditor do tipo de diagnóstico do filho sobre o *stress* percebido pelos pais. Os resultados obtidos não eram esperados nem previsíveis, tendo em conta os estudos incluídos na bibliografia, que apresentavam diferenças significativas entre o tipo de diagnóstico e os níveis de *stress* (Amireh, 2019; Baker et al., 2003a; Baker et al., 2005b; Behbahani et al., 2018; Kasari & Sigman, 1997; Wolf et al., 1989). De acordo os autores, o grupo de indivíduos com filhos com PEA e PHDA demonstram níveis de *stress* percebido mais elevados face aos pais de crianças com outro tipo de diagnóstico. A disparidade de resultados entre os estudos pode ser explicada pela composição da amostra, uma vez que a DV se verifica em maior número na presente amostra, mas também outros fatores como o nível socioeconómico, a perceção de suporte social e os recursos financeiros disponíveis.

Em suma, os resultados obtidos evidenciam a complexidade das dinâmicas familiar e conjugal, principalmente na presença de filhos com NEE. As discrepâncias encontradas na literatura reforçam a importância de considerar outras variáveis na análise, como o suporte social e os recursos disponíveis, que podem influenciar esses resultados. Além disso, a capacidade de resiliência por parte destas famílias pode estar intrinsecamente ligada aos níveis

de coesão e adaptabilidade, sendo pertinente explorar quais as estratégias específicas que a fomentam.

Parte V – Limites, Investigações Futuras e Conclusão

1. Limitações do Estudo

O presente estudo contém algumas limitações que devem ser contextualizadas, de modo a reconhecer os desafios enfrentados durante a sua realização.

Relativamente à natureza do estudo, o seu carácter transversal implica que não possam ser estabelecidas relações de causalidade entre as variáveis, tendo em conta que a recolha de dados foi realizada em apenas um momento.

A amostra também apresenta limitações referentes à sua composição, mais especificamente no que toca à conveniência e número de participantes. Deste modo, tendo sido selecionada por conveniência para que os participantes preenchessem os requisitos necessários, não é possível reconhecer representatividade da mesma. Para além disso, o número de participantes foi reduzido e desproporcional face ao sexo, contando maioritariamente com a participação do sexo feminino.

Neste seguimento, a recolha de dados online também representa uma limitação, uma vez que não permite o esclarecimento de eventuais dúvidas sentidas pelos participantes, podendo influenciar as suas respostas.

Uma das escalas aplicadas, denominada PSS-10, apenas avalia os níveis de *stress* percebido pelos indivíduos no último mês, contudo, esta condicionante não identifica possíveis alterações nos níveis de *stress*, nem tem em conta eventos que poderão ter influenciado os resultados no período de recolha de dados. Após a análise de dados, foi possível reconhecer que não foram incluídos alguns fatores que poderão ter manipulado os resultados obtidos, tais como o nível de funcionalidade das crianças com NEE, o nível socioeconómico dos pais e o suporte social que estes recebem.

Por fim, é importante elucidar que uma das limitações encontradas diz respeito à escassez de estudos sobre esta temática, mais especificamente em Portugal, limitando a comparação do presente estudo com estudos anteriores.

2. Investigações Futuras

De modo a aprofundar o impacto das NEE dos filhos na dinâmica familiar e conjugal, são delineadas algumas sugestões para investigações futuras.

Primeiramente, recomenda-se a realização de estudos longitudinais, promovendo uma análise mais detalhada das relações de causalidade entre as variáveis. A aplicação dos questionários de forma presencial também seria uma vantagem para futuras investigações, uma vez que possibilita o esclarecimento de dúvidas dos participantes e reduz o número de enviesamentos causados pelas suas próprias interpretações.

Recomenda-se, ainda, a participação de ambos os membros do casal para que se possa realizar uma análise comparativa das perspectivas de cada um sobre a dinâmica familiar e conjugal, bem como o impacto do diagnóstico de NEE do filho. Neste seguimento, a inclusão e recolha de informações mais detalhadas sobre o diagnóstico do filho, como por exemplo a forma como foi transmitida esta informação e o auxílio por parte dos profissionais de saúde, o grau de funcionalidade e sintomatologia, bem como a idade em que foi realizado o diagnóstico seria importante para se estabelecerem relações entre as características específicas do mesmo e os resultados obtidos pelos pais nas respetivas escalas.

3. Conclusão

Atualmente, a presença de filhos com NEE é uma realidade imposta a muitas famílias, dado que as taxas de prevalência têm vindo a aumentar exponencialmente e o seu diagnóstico engloba diversos fatores que afetam o desenvolvimento, aprendizagem e autonomia das crianças, exigindo alterações por parte dos pais e meio envolvente. Neste contexto, é fundamental averiguar o impacto que o diagnóstico de NEE pode ter na dinâmica familiar e conjugal, mais nomeadamente na coesão, adaptabilidade e *stress* percebido pelos pais, comparando estas variáveis entre o grupo com NEE e o grupo com filhos com desenvolvimento típico.

O presente estudo revelou que a presença de filhos com NEE não teve uma associação direta e estatisticamente significativa com a coesão conjugal percebida pelos pais. Da mesma forma, não foram encontradas evidências de uma relação significativa entre a presença de filhos com NEE e a adaptabilidade dos pais. Relativamente ao *stress* percebido, ambos os grupos exibiram níveis bastante elevados, sugerindo que a presença de filhos com NEE não determinou estes resultados e que, no geral, a população tem sido exposta a bastantes fatores stressores. Para além disso, não foi possível comprovar o papel mediador do *stress* percebido na relação entre a NEE do filho, a coesão e adaptabilidade dos pais.

Por último, destaca-se a importância da psicoterapia no suporte emocional e o auxílio nas estratégias de *coping* diante do *stress* percebido pela comunidade. Desta forma, o investimento na saúde mental fortalece não só o indivíduo, com também contribui para uma dinâmica familiar mais resiliente e coesa, capaz de enfrentar os desafios do cotidiano.

Referências Bibliográficas

- Abreu-Afonso, J. & Leal, I. (2016). Faces III: Adaptação e Validação da Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES), de D.H. Olson, J. Portner e Y Lavee – versão de casal - para a População Portuguesa. *MOSAICO - Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 63, 92-107
- Abreu-Afonso, J., Ramos, M. M., Queiroz-Garcia, I., & Leal, I. (2022). How Couple's Relationship Lasts Over Time? A Model for Marital Satisfaction. *Psychological Reports*, 125(3), 1601–1627. <https://doi.org/10.1177/00332941211000651>
- ACAPO (2015). *Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal*. Retirado de <http://www.acapo.pt>.
- Adewunmi, A. T., Similoluwa, A. E., & Abisola, L. S. (2023). Effect of Multisensory Approach on the Spelling abilities of pupils with Dysorthography in Ibadan, Nigeria. *International Journal of Educational Research*, 12(1), 47-52. <https://doi.org/10.17265/1539-8072/2010.01.002>
- Al-Yagon, M. (2015). Fathers and mothers of children with learning disabilities: Links between emotional and coping resources. *Learning Disability Quarterly*, 38(2), 112–128. <https://doi.org/10.1177/0731948713520556>
- Alós, F. J., García, A. G., & Maldonado, M. A. (2022). Coping strategies in parents of children with disabilities: A case-control study. *Brain and Behavior*, 12(8). <https://doi.org/10.1002/brb3.2701>
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders SM. *Washington, DC:[Google Scholar]*.
- Amireh, M. M. H. (2019). Stress Levels and Coping Strategies among Parents of Children with Autism and Down Syndrome: The Effect of Demographic Variables on Levels of Stress. *Child Care in Practice*, 25(2), 146–156. <https://doi.org/10.1080/13575279.2018.1446907>
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273–294. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x1998000200006>
- Baiocco, R., Cacioppo, M., Laghi, F., & Tafà, M. (2013). Factorial and Construct Validity of FACES IV Among Italian Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 22(7), 962–970. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9658-1>

- Baker, B. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., Crnic, K., Edelbrock, C., & Low, C. (2003a). Pre-school children with and without developmental delay: Behaviour problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4–5), 217–230. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00484.x>
- Baker, B. L., Blacher, J., & Olsson, M. B. (2005b). Preschool children with and without developmental delay: Behaviour problems, parents' optimism and well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(8), 575–590. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00691.x>
- Behbahani, M., Zargar, F., Assarian, F., & Akbari, H. (2018). Effects of mindful parenting training on clinical symptoms in children with attention deficit hyperactivity disorder and parenting stress: Randomized controlled trial. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 43(6), 596–604.
- Birch, D. A. (1998). Identifying Sources of Social Support. *Journal of School Health*, 68(4), 159–161. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1998.tb06335.x>
- Blank, R., Barnett, A. L., Cairney, J., Green, D., Kirby, A., Polatajko, H., ... Vinçon, S. (2019). International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 61(3), 242–285. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14132>
- Bodenmann, G. (2006). Dyadic Coping and Its Significance for Marital Functioning. In *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. (pp. 33–49). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11031-002>
- Bodenmann, G., Meuwly, N., & Kayser, K. (2011). Two conceptualizations of dyadic coping and their potential for predicting relationship quality and individual well-being: A comparison. *European Psychologist*, 16(4), 255–266. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000068>
- Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R. C., & Wethington, E. (1989). The Contagion of Stress across Multiple Roles. *Journal of Marriage and the Family*, 51(1), 175. <https://doi.org/10.2307/352378>
- Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2020). Behavioral problems and their relationship to maternal depression, marital relationships, social skills and parenting. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 33(1). <https://doi.org/10.1186/s41155-020-00160-x>

- Bosa, C. A. (2006). Autismo: Intervenções psicoeducacionais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000500007>
- Bomfim, V. V. B. da S., Araújo, P. da C., Neves, A. P. C. D., Lima, T. M. dos S., Sobrinho, W. D., Silva, M. E. S. da, ... Oliveira, A. M. C. (2022). Depressão pós-parto: prevenção e tratamentos. *Research, Society and Development*, 11(7), e0111728618. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.28618>
- Bowen, M. (1993). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Bradford, R. (2002). *Children, Families and Chronic Disease: Psychological Models of Care*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203130537>
- Brito, D. S. D. L., & Silva, A. M. D. (2019). Famílias de crianças com deficiência e escola comum: necessidades dos familiares e construção de parceria (Families of children with disabilities and the common school: family needs and partnership construction). *Revista Eletrônica de Educação*, 13(3), 1116–1134. <https://doi.org/10.14244/198271992684>
- Brough, P., O'Driscoll, M., Kalliath, T., Cooper, C. L., & Poelmans, S. A. Y. (2009). *Workplace psychological health: Current research and practice*. *Workplace Psychological Health: Current Research and Practice* (pp. 1–207). Edward Elgar Publishing Ltd. <https://doi.org/10.4337/9781781952672>
- Brum, E. H. M. de. (2017). DEPRESSÃO PÓS-PARTO: DISCUTINDO O CRITÉRIO TEMPORAL DO DIAGNÓSTICO. *Cadernos de Pós-Graduação Em Distúrbios Do Desenvolvimento*, 17(2). <https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p92-100>
- Bruno, M. M. G. (2006). Educação infantil: saberes e práticas da inclusão: dificuldades de comunicação sinalização: deficiência visual. *Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial*, 13.
- Cairney, J., Hay, J., Faight, B., Mandigo, J., & Flouris, A. (2005). Developmental coordination disorder, self-efficacy toward physical activity, and play: Does gender matter? *Adapted Physical Activity Quarterly*, 22(1), 67–82. <https://doi.org/10.1123/apaq.22.1.67>
- Cardoso, A. M. S., Mezzomo, L. E., Zanin, I. M., Bona, K. A., de Sousa Ribeiro, A. G. I., da Silva Mesquita, F., ... & Araújo, V. S. C. (2024). DESAFIOS E AVANÇOS NO TRATAMENTO DA PARALISIA CEREBRAL INFANTIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. *RECIMA21-*

- Caron, V., Barras, A., van Nispen, R. M. A., & Ruffieux, N. (2023). Teaching Social Skills to Children and Adolescents With Visual Impairments: A Systematic Review. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 117(2), 128-147. <https://doi.org/10.1177/0145482X231167150>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational Coping and Coping Dispositions in a Stressful Transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184–195. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.1.184>
- Casado-Muñoz, R., Lezcano-Barbero, F., & Baños-García, M. E. (2019). Participation and rights of children with Specific Needs of Educational Support in Castilla y León (Spain): bridging the gap between policies and practices. *International Journal of Inclusive Education*, 23(5), 532-545.
- Chiluba, B. C., & Moyo, G. (2017). Caring for a cerebral palsy child: A caregivers perspective at the University Teaching Hospital, Zambia. *BMC Research Notes*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-017-3011-0>
- Choi, E., & Jung, S. Y. (2021). Marital Satisfaction and Depressive Symptoms Among Korean Couples With Young Children: Dyadic Autoregressive Cross-Lagged Modeling. *Family Relations*, 70(5), 1384–1398. <https://doi.org/10.1111/fare.12570>
- Choi, J. Y., Yi, S. H., Ao, L., Tang, X., Xu, X., Shim, D., ... & Rha, D. W. (2021). Virtual reality rehabilitation in children with brain injury: a randomized controlled trial. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 63(4), 480-487. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14762>
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale,NJ: Lawrence Earlbaum.
- Coleta, M. D. (2012). LOCUS DE CONTROLE E SATISFAÇÃO CONJUGAL. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 8(02), 243–252. Recuperado de <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapt/article/view/17136>
- Colizzi, M., Sironi, E., Antonini, F., Ciceri, M. L., Bovo, C., & Zoccante, L. (2020). Psychosocial and behavioral impact of COVID-19 in autism spectrum disorder: an online parent survey. *Brain sciences*, 10(6), 341. <https://doi.org/10.3390/brainsci10060341>.

- Correia, L. D. M. (2005). A filosofia da inclusão. *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais. Um guia para Educadores e professores*, 7-21.
- Correia, L. D. M., & Serrano, A. M. (1997). *Envolvimento parental na educação do aluno com NEE. Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto Editora.
- Costa, C. B., Machado, M. R., Schneider, M. C., & Mosmann, C. P. (2017a). Subsistema coparental: revisão sistemática de estudos empíricos. *PSICO*, 48(4), 339-351. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2017.4.25386>
- Costa, J. A. da, Neres, C. C., & Corrêa, N. M. (2019b). O atendimento educacional especializado do estudante com deficiência visual: entre a mediação do sistema braille e as tecnologias computacionais. *Educação e Fronteiras*, 9(25), 237–248. <https://doi.org/10.30612/eduf.v9i25.11104>
- Costa, S. C. da, Carmo, S. M. do, Santos, C. A. B., & Lima, A. G. D. (2022c). Paradigmas históricos da inclusão e da educação de pessoas com deficiência visual. *REVISTA DIÁLOGOS E PERSPECTIVAS EM EDUCAÇÃO ESPECIAL*, 9(1), 89–102. <https://doi.org/10.36311/2358-8845.2022.v9n1.p89-102>
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going Beyond Social Support. The Role of Social Relationships in Adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 454–460. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.454>
- Crnic, K. A., Friedrich, W. N., & Greenberg, M. T. (1983). Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping, and family ecology. *American Journal of Mental Deficiency*, 88(2), 125–138.
- Cruz, D., Narciso, I., Pereira, C. R., & Sampaio, D. (2014). Risk trajectories of self-destructiveness in adolescence: Family core influences. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 1172-1181. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9777-3>
- Cummins, A., Piek, J. P., & Dyck, M. J. (2005). Motor coordination, empathy, and social behaviour in school-aged children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47(7), 437–442. <https://doi.org/10.1017/S001216220500085X>
- Daniels, A. M., & Mandell, D. S. (2014). Explaining differences in age at autism spectrum disorder diagnosis: A critical review. *Autism*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/1362361313480277>

- Dardennes, R. M., Al Anbar, N. N., Prado-Netto, A., Kaye, K., Contejean, Y., & Al Anbar, N. N. (2011). Treating the cause of illness rather than the symptoms: Parental causal beliefs and treatment choices in autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 32(3), 1137–1146. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.010>
- Dewey, D., & Bernier, F. P. (2016). The Concept of Atypical Brain Development in Developmental Coordination Disorder (DCD)—a New Look. *Current Developmental Disorders Reports*, 3(2), 161–169. <https://doi.org/10.1007/s40474-016-0086-6>
- d’Orsi, D., Veríssimo, M., & Diniz, E. (2023). Father Involvement and Maternal Stress: The Mediating Role of Coparenting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph20085457>
- Du, W., Luo, M., & Zhou, Z. (2022). A Study on the Relationship Between Marital Socioeconomic Status, Marital Satisfaction, and Depression: Analysis Based on Actor–Partner Interdependence Model (APIM). *Applied Research in Quality of Life*, 17(3), 1477–1499. <https://doi.org/10.1007/s11482-021-09975-x>
- Durães, R. S. S., Khafif, T. C., Lotufo-Neto, F., & Serafim, A. de P. (2020). Effectiveness of Cognitive Behavioral Couple Therapy on Reducing Depression and Anxiety Symptoms and Increasing Dyadic Adjustment and Marital Social Skills: An Exploratory Study. *Family Journal*, 28(4), 344–355. <https://doi.org/10.1177/1066480720902410>
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., Meisels, S. J., & Shonkoff, J. P. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In *Handbook of early childhood intervention*. (pp. 326–349). Cambridge University Press. Retrieved from <http://0-search.ebscohost.com/catalogue/libraries/london.ac.uk/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1990-97305-014&site=ehost-live>
- Evans, M. I., Britt, D. W., & Devoe, L. D. (2023). Etiology and Ontogeny of Cerebral Palsy: Implications for Practice and Research. *Reproductive sciences (Thousand Oaks, Calif.)*, 10.1007/s43032-023-01422-6. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s43032-023-01422-6>
- Feinberg, M. E. (2003). The Internal Structure and Ecological Context of Coparenting: A Framework for Research and Intervention. *Parenting*, 3(2), 95–131. https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0302_01

- Felgosa, M. (2013). Coesão e Adaptabilidade Familiares: Estudo preliminar das características psicométricas da FACES III numa amostra de mães portuguesas. *Dissertação de Mestrado Universidade Do Algarve*, 88.
- Fernandes, C. S., Magalhães, B., Silva, S., & Edra, B. (2021). Adaptability and cohesion of families in times of the COVID-19 pandemic. *Nursing Practice Today*, 8(3), 234–243. <https://doi.org/10.18502/npt.v8i3.5938>
- Fernández, A. Y., Mérida, J. F. C., Cunha, V. L. O., Batista, A. O., & Capellini, S. A. (2010). Avaliação E Intervenção Da Disortografia Baseada Na Semiologia Dos Erros: Revisão Da Literatura. *Revista CEFAC*, 12(3), 1–9. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1590/S1516-18462010005000056>
- Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M. P., Berrocal-Castellano, M., Benítez, A., Robles-Vizcaíno, C., & Laynez-Rubio, C. (2013). Experiencias y cambios en los padres de niños con parálisis cerebral infantil: Estudio cualitativo. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(1), 9–20. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272013000100002>
- Ferrão, L. F., De Andrade, A. L., & Silva, F. C. da. (2019). ESCALA ENRICH DE SATISFAÇÃO CONJUGAL: ADAPTAÇÃO E EVIDÊNCIAS PSICOMÉTRICAS INICIAIS NO BRASIL. *Revista Psicologia Em Pesquisa*, 13(2), 128–146. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2019.v13.26089>
- Ferreira, M. M., Prado, S. A., & Cadavieco, J. F. (2015). La Educación Inclusiva en Portugal y España: naturaleza y fundamentos. *Magister*, 27(1), 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.magis.2015.05.003>
- Fogel, Y., Stuart, N., Joyce, T., & Barnett, A. L. (2023). Relationships between motor skills and executive functions in developmental coordination disorder (DCD): A systematic review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/11038128.2021.2019306>
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839–852. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.839>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>

- Francisco, M. P. B., Hartman, M., & Wang, Y. (2020). Inclusion and special education. *Education Sciences*, 10(9), 238. <https://doi.org/10.3390/educsci10090238>
- Franco, V. (2015). Paixão-dor-paixão: pathos, luto e melancolia no nascimento da criança com deficiência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 18(2), 204–220. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n2p204.2>
- Fu, L., Zheng, H., Zhou, Y., Cheng, J., Zhou, T., & Yi, C. (2023). Intergenerational Family Boundaries and Adult Children's Marital Satisfaction: The Roles Of Family Cohesion and Adaptability. *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02672-3>
- Galinha, S. (2017). Para a inclusão de estudantes em idades pediátricas com NEE do domínio cognitivo-motor temporárias e permanentes. *Revista Interações*, 12(41). <https://doi.org/10.25755/int.10836>
- Ganau, M., Huet, S., Syrmos, N., Meloni, M., & Jayamohan, J. (2019). Neuro-ophthalmological manifestations of septo-optic dysplasia: Current perspectives. *Eye and Brain*. Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/EB.S186307>
- Garcia-Filion, P., & Borchert, M. (2013). Optic nerve hypoplasia syndrome: A review of the epidemiology and clinical associations. *Current Treatment Options in Neurology*, 15(1), 78–89. <https://doi.org/10.1007/s11940-012-0209-2>
- Goetz, G. L., Rodriguez, G., & Hartley, S. L. (2019). Actor-partner examination of daily parenting stress and couple interactions in the context of child autism. *Journal of Family Psychology*, 33(5), 554–564. <https://doi.org/10.1037/fam0000527>
- Gordon, I., & Feldman, R. (2008). Synchrony in the triad: A microlevel process model of coparenting and parent-child interactions. *Family Process*, 47(4), 465–479. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2008.00266.x>
- Granqvist, P. (2021). Attachment, culture, and gene-culture co-evolution: expanding the evolutionary toolbox of attachment theory. *Attachment and Human Development*. Routledge. <https://doi.org/10.1080/14616734.2019.1709086>
- Gronita, J. (2022). O impacto da deficiência na dinâmica da família. *IX Jornadas da família. A igualdade na diferença*, 67-79.

- Harrington, J. W., Patrick, P. A., Edwards, K. S., & Brand, D. A. (2006). Parental beliefs about autism: Implications for the treating physician. *Autism, 10*(5), 452–462. <https://doi.org/10.1177/1362361306066609>
- Hartley, S. L., DaWalt, L. S., & Schultz, H. M. (2017). Daily couple experiences and parent affect in families of children with versus without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(6), 1645–1658. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3088-2>
- Hartley, S. L., Mihaila, I., Otolara-Fadner, H. S., & Bussanich, P. M. (2014). Division of labor in families of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Family Relations, 63*(5), 627–638. <https://doi.org/10.1111/fare.12093>
- Hartley, S. L., Papp, L. M., Blumenstock, S. M., Floyd, F., & Goetz, G. L. (2016). The effect of daily challenges in children with autism on parents' couple problem-solving interactions. *Journal of Family Psychology, 30*(6), 732–742. <https://doi.org/10.1037/fam0000219>
- 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 and Adolescent Psychology, 47*(sup1), S88–S99. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1152552>
- Hastings, R. P., & Johnson, E. (2001). Stress in UK Families Conducting Intensive Home-Based Behavioral Intervention for Their Young Child with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31*(3), 327–336. <https://doi.org/10.1023/A:1010799320795>
- Hastings, R. P., & Taunt, H. M. (2002). Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation, 107*(2). [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2002\)107<0116:PPIFOC>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2002)107<0116:PPIFOC>2.0.CO;2)
- Hatami, H., Habi, M. B., & Akbari, A. (2009). Assessing the impact of religiosity on marital satisfaction. *J Military Psychology, 1*(1), 13–22.
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York, NY: The Guilford Press. *Methodology In The Social Science*, (April), 692.
- Hebert, E. B., & Koulouglioti, C. (2010). Parental beliefs about cause and course of their child's autism and outcomes of their beliefs: A review of the literature. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing, 33*(3), 149–163. <https://doi.org/10.3109/01460862.2010.498331>

- Henein, A., Pascual-Sanchez, A., Corciova, S., & Hodes, M. (2022). Obsessive–compulsive disorder in treatment seeking children & adolescents during the COVID-19 pandemic. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–4. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s00787-022-02071-x>
- Herther, D. S., Gerzson, L. R., & De Almeida, C. S. (2020). Fase da lesão cerebral e o diagnóstico cinético-funcional de sujeitos com paralisia cerebral. *ConScientiae Saúde*, 18(3), 352–365. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v18n3.14176>
- Huang, L., Wang, Y., & Huang, H. (2021). Factors associated with family cohesion and adaptability among Chinese registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1–2), 113–125. <https://doi.org/10.1111/jocn.15527>
- Javadian, R. (2011). A comparative study of adaptability and cohesion in families with and without a disabled child. In *Procedia - Social and Behavioral Sciences* (Vol. 30, pp. 2625–2630). <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.514>
- Junior, E. D. S., Cavalcante, R. P., Maldaner, J. J., & Moreira, H. B. C. (2023). A inclusão de surdos: uma proposta bilíngue para além da integração no ensino médio durante a pandemia de Covid-19. *Revista Brasileira Da Educação Profissional E Tecnológica*, 1(23), e12403. <https://doi.org/10.15628/rbept.2023.12403>
- Kasari, C., & Sigman, M. (1997). Linking parental perceptions to interactions in young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(1), 39–57. <https://doi.org/10.1023/A:1025869105208>
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Artmed.
- Kochar, R. K., & Sharma, D. (2015). Role of Love in Relationship Satisfaction. *International Journal of Indian Psychology*, 3(1). <https://doi.org/10.25215/0301.102>
- Kurtoğlu, S., Özdemir, A., & Hatipoğlu, N. (2019). Neonatal hypopituitarism: Approaches to diagnosis and treatment. *JCRPE Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*. Galenos Yayincilik, <https://doi.org/10.4274/jcrpe.galenos.2018.2018.0036>
- Lamela, D., Figueiredo, B., & Bastos, A. (2010). Adaptação ao Divórcio e Relações Coparentais: Contributos da Teoria da Vinculação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 562–574. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1590/S0102-79722010000300017>

- Lara, E. B., & de los Pinos, C. C. (2017). Families with a Disabled Member: Impact and Family Education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.084>
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Leal, W. F., & Pires, M. S. (2024). INCLUSÃO SOCIAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL: UMA ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E SEUS DESAFIOS SOCIAIS. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, 1(1). <https://doi.org/10.61164/rmnm.v1i1.2041>
- Lee, Y. S., Joo, J. H., Shin, J., Nam, C. M., & Park, E. C. (2023). Association between smartphone overdependence and generalized anxiety disorder among Korean adolescents. *Journal of affective disorders*, 321, 108-113. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.018>
- Lei, X., & Kantor, J. (2020). Study on family cohesion and adaptability of caregivers of children with ASD and its influencing factors. *Social Psychology and Society*, 11(3), 70–85. <https://doi.org/10.17759/sps.2020110305>
- Liu, F., Shen, Q., Huang, M., & Zhou, H. (2023). Factors associated with caregiver burden among family caregivers of children with cerebral palsy: A systematic review. *BMJ Open*, 13(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065215>
- Liu, X., & Fan, Q. (2023). Early Identification and Intervention in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Brain Sciences*, 13(3), 399. <https://doi.org/10.3390/brainsci13030399>.
- Machado, N. M., da Silva, Á. R. I., & Portes, J. R. M. (2022). Estresse Parental e Relacionamento Conjugal em Pais de Crianças com Transtorno do Espectro Autista: uma revisão integrativa da literatura. *Contextos Clínicos*, 15(1). <https://doi.org/10.4013/ctc.2022.151.12>
- Machado, M. M. E. (2008). *Aliança parental, Coesão e Adaptabilidade Familiar ao longo do ciclo vital da família. Dissertação de mestrado Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação*. Retrieved from http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/744/1/17379_Tese_de_Mestrado_Marta_Mories.pdf
- Madureira, I., & Leite, T. (2003). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: *Universidade Aberta*.

- Maleki, S., & Alizadeh Zarei, M. (2016). Correlation Between Executive Function Behaviors and Educational Achievement of Children With Developmental Coordination Disorder. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health*, 3(3). <https://doi.org/10.17795/mejrh-37378>
- Mann, A., Aghababaie, A., Kalitsi, J., Martins, D., Paloyelis, Y., & Kapoor, R. R. (2023). Neurodevelopmental impairments in children with septo-optic dysplasia spectrum conditions: a systematic review. *Molecular Autism*. BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13229-023-00559-0>
- Marciano, S. T., Drasgow, E., & Carlson, R. G. (2015). The Marital Experiences of Couples Who Include a Child With Autism. *The Family Journal*, 23(2), 132–140. <https://doi.org/10.1177/1066480714564315>
- Martins, K., & Silva, M. (2020). Entre o bebê imaginário e o real: a elaboração do luto materno frente ao filho com necessidades especiais. *Lumen*, 29(1), 97–108. <https://doi.org/10.24024/23579897v29n1a2020p970108>
- McCabe, M. J., Alatzoglou, K. S., & Dattani, M. T. (2011). Septo-optic dysplasia and other midline defects: The role of transcription factors: HESX1 and beyond. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*. Bailliere Tindall Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2010.06.008>
- McConachie, H. (1994). Implications of a model of stress and coping for services to families of young disabled children. *Child: Care, Health and Development*, 20(1), 37–46. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1994.tb00373.x>
- McConnell, D., Savage, A., Sobsey, D., & Uditsky, B. (2015). Benefit-finding or finding benefits? The positive impact of having a disabled child. *Disability and Society*, 30(1), 29–45. <https://doi.org/10.1080/09687599.2014.984803>
- McCoy, S. W., Palisano, R., Avery, L., Jeffries, L., Laforme Fiss, A., Chiarello, L., & Hanna, S. (2020). Physical, occupational, and speech therapy for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 62(1), 140–146. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14325>
- McGinley, M., & Evans, A. M. (2020). Parent and/or peer attachment? Predicting emerging adults' prosocial behaviors and internalizing symptomatology. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 1833–1844. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01715-3>

- McNulty, J. K., Meltzer, A. L., Neff, L. A., & Karney, B. R. (2021). How both partners' individual differences, stress, and behavior predict change in relationship satisfaction: Extending the VSA model. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 118(27). <https://doi.org/10.1073/pnas.2101402118>
- Meneses, S. C. T., Borges, D. N. V., Barbosa, B. V., Guerra, R. M., & Tavares, L. B. (2021). DIFICULDADES ESCOLARES ENFRENTADAS PELOS ADOLESCENTES COM DISLEXIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19.
- Minetto, M. de F., Crepaldi, M. A., Bigras, M., & Moreira, L. C. (2012). Práticas educativas e estresse parental de pais de crianças pequenas com desenvolvimento típico e atípico. *Educar*
- Mitchell, D. B., Szczerepa, A., & Hauser-Cram, P. (2016). Spilling over: Partner parenting stress as a predictor of family cohesion in parents of adolescents with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 49–50, 258–267. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.12.007>
- Monteiro, M., Matos, A. P., & Coelho, R. (2004). Adaptação Psicológica de mães cujos filhos apresentam paralisia cerebral resultados de um estudo. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(ISSN 0874-4696), 115–130. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28760115>
- Moos, R. H. (1985). Creating healthy human contexts: Environmental and individual strategies. *Prevention in health psychology*. Hanover: University Press of New England.
- Morais, D. M. da C. B. (2019). Cuidados filiais: o papel da vinculação e da representação dos cuidados na ansiedade filial e na maturidade filial. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade do Porto, Portugal.
- Murphy, N., Caplin, D. A., Christian, B. J., Luther, B. L., Holobkov, R., & Young, P. C. (2011). The function of parents and their children with cerebral palsy. *PM&R*, 3(2), 98-104.
- Mussumeci, A. A., & Ponciano, E. L. T. (2018). Coping e coping diádico: uma análise qualitativa das estratégias de coping de casais. *Psicologia Clínica*, 30(1), 165-190. <https://doi.org/10.590/1980-5438300120180165>
- Nazzal, M. S., & AL-Rawajfah, O. M. (2018). Lived experiences of Jordanian mothers caring for a child with disability. *Disability and Rehabilitation*, 40(23), 2723–2733. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1354233>

- Neder, E. (2023). Educação inclusiva. *Revista Vianna Sapiens*, 14(1), 17. <https://doi.org/10.31994/rvs.v14i1.933>
- Neff, L. A., & Buck, A. A. (2023). When Rose-Colored Glasses Turn Cloudy: Stressful Life Circumstances and Perceptions of Partner Behavior in Newlywed Marriage. *Social Psychological and Personality Science*, 14(6), 675–685. <https://doi.org/10.1177/19485506221125411>
- Neff, L. A., & Karney, B. R. (2004). How Does Context Affect Intimate Relationships? Linking External Stress and Cognitive Processes within Marriage. *Personality and Social Psychology Bulletin*. <https://doi.org/10.1177/0146167203255984>
- Oliveira, D. G., Shimano, S. G. N., Salomão, A. E., & Pereira, K. (2017). Avaliação do perfil socioeconômico, formação profissional e estado de saúde de pessoas com deficiência visual. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 76, 255-258. <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20170053>
- Oliveira, G. G. D. (2005). *Epidemiologia do autismo em Portugal: um estudo de prevalência da perturbação do espectro do autismo e de caracterização de uma amostra populacional de idade escolar* (Doctoral dissertation).
- Olson, D. H., & DeFrain, J. (2000). *Marriage and the family: Diversity and strengths*, 3rd ed. *Marriage and the family: Diversity and strengths*, 3rd ed. (pp. xxviii, 692–xxviii, 692). Mayfield Publishing Co.
- Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *Faces III: Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales*, *Family Social Science. Health*. University of Minnesota.
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. (1979). Circumplex Model of Marital and Family Systems: I. Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinical Applications. *Family Process*, 18(1), 3–28. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x>
- Olson, D. H., Waldvogel, L., & Schlieff, M. (2019). Circumplex Model of Marital and Family Systems: An Update. *Journal of Family Theory and Review*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1111/jftr.12331>
- Oskoui, M., Coutinho, F., Dykeman, J., Jetté, N., & Pringsheim, T. (2013). An update on the prevalence of cerebral palsy: A systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine and Child Neurology*. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12080>

- Panahi, M., Hoseinzadeh, A., Razaghpour, M., & Hosieni, N. (2018). Formulating a model for the relationship between alexithymia, social support, loneliness, and marital satisfaction: Path analysis model. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(5), 1068. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_3_18
- Pedro, M. F., Ribeiro, T., & Shelton, K. H. (2015). Romantic Attachment and Family Functioning: The Mediating Role of Marital Satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3482–3495. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0150-6>
- Pereira, R. S. (2009). Dislexia e Disortografia–Programa de Intervenção e Reeducação (vol. I e II). *Montijo: You*.
- Perren, S., Von Wyl, A., Bürgin, D., Simoni, H., & Von Klitzing, K. (2005). Intergenerational transmission of marital quality across the transition to parenthood. *Family Process*, 44(4), 441–459. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00071.x>
- Rapee, R. M., Creswell, C., Kendall, P. C., Pine, D. S., & Waters, A. M. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview of the literature. *Behaviour Research and Therapy*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104376>
- Reis, L. M., Seese, S., Maheshwari, M., Basel, D., Weik, L., McCarrier, J., & Semina, E. V. (2022). Novel Genetic Diagnoses in Septo-Optic Dysplasia. *Genes*, 13(7). <https://doi.org/10.3390/genes13071165>
- Ribas, M. A. C., & Souza, C. R. S. e. (2020). Impacto do cuidado para o desenvolvimento saudável da criança na primeira infância. *Educação Em Análise*, 5(1), 121. <https://doi.org/10.5433/1984-7939.2020v5n1p121>
- Rodrigues, M. A. C. (2023). DISGRAFIA E DISORTOGRAFIA: CONCEITUAÇÃO E DIFERENÇAS. *COGNITIONIS Scientific Journal*, 6(1), 34–44. <https://doi.org/10.38087/2595.8801.174>
- Rolim, J. M. P., da Silva, M. F., & de Siqueira Tavares, S. W. (2021). DEPRESSÃO PÓS-PARTO: MANIFESTAÇÃO BIOPSISSOCIAL. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*, 2(6), e26449. <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i6.449>
- Salari, N., Rasoulpoor, S., Rasoulpoor, S., Shohaimi, S., Jafarpour, S., Abdoli, N., ... Mohammadi, M. (2022). The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic

review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 48(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01310-w>

Sanches, I. (2011). Do ‘aprender para fazer’ ao ‘aprender fazendo’: as práticas de Educação inclusiva na escola. *Revista lusófona de educação*, 19(19).

Sanches, I., & Teodoro, A. (2007). Procurando indicadores de educação inclusiva : as práticas dos professores de apoio educativo. *Revista Portuguesa de Educação*, 20(2), 105–149.

Sayehmiri, K., Kareem, K. I., Abdi, K., Dalvand, S., & Gheshlagh, R. G. (2020). The relationship between personality traits and marital satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*. BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0383-z>

Schaeffer, J., Abd El-Raziq, M., Castroviejo, E., Durrleman, S., Ferré, S., Grama, I., ... Tuller, L. (2023). Language in autism: domains, profiles and co-occurring conditions. *Journal of Neural Transmission*, 130(3), 433–457. <https://doi.org/10.1007/s00702-023-02592-y>

Seligman, M., & Darling, R. B. (2017). *Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability*. Guilford Publications.

Selye, H. (1978). *The stress of life* (Rev. ed.). McGraw Hill.

Serbin, L., & Karp, J. (2003). Intergenerational Studies of Parenting and the Transfer of Risk From Parent to Child. *Current Directions in Psychological Science*. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01249>

Siguenza, W., Buñay, R., & Guamán-Arias, M. (2017). Funcionamiento familiar real e ideal según el modelo Circumplejo de Olson. *Maskana*, 8, 77–85. Retrieved from <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/1878>

Silva, A. A. F. dos S. da, Shineidr, E., Santos, H. H. L. C. dos, & Silva, J. C. de A. (2018). impacto que ocorre nas famílias após o diagnóstico do transtorno do espectro autista na criança: o luto pelo filho idealizado. *Revista Dissertar*, 1(28 e 29), 44–55. <https://doi.org/10.24119/16760867ed1145>

Silva, B. F. P. da, Vitti, L. S., Fiorim Enumo, S. R., & Faro, A. (2022). Do self-esteem and gender help explain depressive and/or anxiety symptoms in adolescents? *Revista de Psicología*, 40(1), 579-601. <https://doi.org/10.18800/psico.202201.019>

- Silva, M. O. E. (2004). Reflectir para (re) construir práticas. *Revista Lusófona da Educação*, 4, 51-60.
- Silva, P. F. R. da, & Nogueira, U. S. (2023). As novas tecnologias de informação e comunicação na educação inclusiva de alunos com deficiência visual: Um olhar sobre desafios e potencialidades. *ID on Line. Revista de Psicologia*, 17(66), 370–383. <https://doi.org/10.14295/idonline.v17i66.3722>
- Smith, M., & Blamires, J. (2022). Mothers' experience of having a child with cerebral palsy. A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*. W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.01.014>
- Smith-Young, J., Chafe, R., & Audas, R. (2020). “Managing the Wait”: Parents' Experiences in Accessing Diagnostic and Treatment Services for Children and Adolescents Diagnosed With Autism Spectrum Disorder. *Health Services Insights*, 13. <https://doi.org/10.1177/1178632920902141>
- Smyth, R., Reid, S. M., Paton, K., Guzys, A. T., Wakefield, C. E., & Amor, D. J. (2024). Causation in cerebral palsy: Parental beliefs and associated emotions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 66(2), 258–266. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15708>
- Sousa, H. P. M., & Piscalho, I. (2016). Contributos da intervenção precoce na rede de apoio à criança com cegueira. *Revista Interações*, 12(41). <https://doi.org/10.25755/int.10837>
- Souza, F. M. de, Fiorini, M. C., & Crepaldi, M. A. (2020). Coparentalidade e envolvimento parental em famílias binucleares: revisão sistemática. *Actualidades En Psicología*, 34(129), 119–140. <https://doi.org/10.15517/ap.v34i129.35334>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. J., Shavitt, R. G., ... & Simpson, H. B. (2019). Obsessive–compulsive disorder. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 52.
- Subara-Zukic, E., Cole, M. H., McGuckian, T. B., Steenbergen, B., Green, D., Smits-Engelsman, B. C., Lust, J. M., Abdollahipour, R., Domellöf, E., Deconinck, F. J. A., Blank, R., & Wilson, P. H. (2022). Behavioral and Neuroimaging Research on Developmental Coordination Disorder

- (DCD): A Combined Systematic Review and Meta-Analysis of Recent Findings. *Frontiers in psychology*, 13, 809455. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.809455>
- Talantseva, O. I., Romanova, R. S., Shurdova, E. M., Dolgorukova, T. A., Sologub, P. S., Titova, O. S., ... Grigorenko, E. L. (2023). The global prevalence of autism spectrum disorder: A three-level meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1071181>
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, (53), 353–378. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_17
- Tsibidaki, A. (2020). Family functioning and strengths in families raising a child with cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*, 106. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103767>
- Tsibidaki, A., & Tsampanli, A. (2009). Adaptability and cohesion of Greek families: Raising a child with a severe disability on the island of Rhodes. *Journal of Family Studies*, 15(3), 245–259. <https://doi.org/10.5172/jfs.15.3.245>
- Tuchinski, C. M. F., Silva, E. A. R. da, Silva, M. M. da, Barbosa, R., Tossi, K. S., Galvão, G. L., ... Tuchinski, R. F. (2020). A Educação Inclusiva na Educação Infantil. *Revista Acadêmica Online*, 6(31). <https://doi.org/10.36238/23595787.artcient.25032020>
- Van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T., & Boomsma, D. I. (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: A review. *Twin Research and Human Genetics*. <https://doi.org/10.1375/183242705774310060>
- Vidal, A. de J., Andrade, I. S. de, & Silva, G. H. da. (2021). O LUTO FAMILIAR PELO DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA VISÃO PSICANALÍTICA. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(7), 1456–1464. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i7.1834>
- Wagner, A., Mosmann, C. P., Scheeren, P., & Levandowski, D. C. (2019). Conflict, conflict resolution and marital quality. *Paideia*, 29. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2919>
- Waite, L. J., Luo, Y., & Lewin, A. C. (2009). Marital happiness and marital stability: Consequences for psychological well-being. *Social Science Research*, 38(1), 201–212. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2008.07.001>

- Walitza, S., Van Ameringen, M., & Geller, D. (2020). Early detection and intervention for obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(2), 99-101. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30376-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30376-1)
- Warfield, M. E. (2005). Family and work predictors of parenting role stress among two-earner families of children with disabilities. *Infant and Child Development*. <https://doi.org/10.1002/icd.386>
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A Potential Disruptor of Parent Perceptions and Family Interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 302–312. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_2
- Wijaya, A. P., & Widyaningsih, Y. A. (2021). The Role of Dyadic Cohesion on Secure Attachment Style toward Marital Satisfaction: A Dyadic Analysis on Couple Vacation Decision. *Journal of Quality Assurance in Hospitality and Tourism*, 22(1), 119–142. <https://doi.org/10.1080/1528008X.2020.1756022>
- Willnow, S., Kiess, W., Butenandt, O., Dörr, H. G., Enders, A., Strasser-Vogel, B., ... Schwarz, H. P. (1996). Endocrine disorders in septo-optic dysplasia (De Morsier syndrome) - Evaluation and follow up of 18 patients. *European Journal of Pediatrics*, 155(3), 179–184. <https://doi.org/10.1007/BF01953934>
- Wilmot, A., Hasking, P., Leitão, S., Hill, E., & Boyes, M. (2023). Understanding Mental Health in Developmental Dyslexia: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021653>
- Wilson, P. H., Ruddock, S., Smits-Engelsman, B., Polatajko, H., & Blank, R. (2013). Understanding performance deficits in developmental coordination disorder: A meta-analysis of recent research. *Developmental Medicine and Child Neurology*. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2012.04436.x>
- Wolf, L. C., Noh, S., Fisman, S. N., & Speechley, M. (1989). Brief report: Psychological effects of parenting stress on parents of autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19(1), 157–166. <https://doi.org/10.1007/BF02212727>
- World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>

- You, H., Shi, J., Huang, F., Wei, Z., Jones, G., Du, W., & Hua, J. (2023). Advances in Genetics and Epigenetics of Developmental Coordination Disorder in Children. *Brain Sciences*. MDPI. <https://doi.org/10.3390/brainsci13060940>
- Zorzi, J. L. (1998). *Aprender a escrever: a apropriação do sistema ortográfico*.
- Zwicker, J. G., & Lee, E. J. (2021). Early intervention for children with/at risk of developmental coordination disorder: a scoping review. *Developmental Medicine and Child Neurology*. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14804>

Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado

Convidamo-lo a participar na investigação “Crianças com Necessidades Educativas Específicas: A Coesão Conjugal e o *Stress*”, que se enquadra no âmbito de uma dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, pela Universidade Autónoma de Lisboa. Esta investigação decorre em articulação com a Universidade Autónoma de Lisboa (Departamento de Psicologia e Centro de Investigação em Psicologia - CIP).

O objetivo geral deste estudo é analisar a coesão e adaptabilidade conjugal, bem como o *stress* percebido pelos pais de crianças com NEE e pais de crianças sem este diagnóstico, investigando a influência do diagnóstico nestas variáveis.

Para a participação efetiva no presente estudo, os critérios são os seguintes:

- (a) Idade igual ou superior a 18 anos;
- (b) Estar casado ou em união de facto;
- (c) Ter um ou mais filhos frutos da relação atual, com idades compreendidas entre os 5 e 18 anos.

Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação científica e respeitarão as regras de proteção de dados da ética científica e da lei geral europeia, sendo mantidos em anonimato e confidenciais.

A participação é voluntária e tem o direito de desistir do estudo a qualquer momento. Caso queira que a informação previamente fornecida seja eliminada, basta apenas informar os coordenadores do projeto.

Em caso de dúvida sobre o estudo, poderá contactar os responsáveis pela coordenação do projeto e da investigação:

Coordenador do Projeto: Professora Doutora Sandra Figueiredo

Coordenador da Investigação: Professora Doutora Sandra Figueiredo

Investigadora: Raquel Pereira

Consentimento informado

Tomei conhecimento dos objetivos e condições de participação neste estudo e aceito participar no mesmo. Sei que posso interromper o preenchimento do questionário *online* a qualquer momento, e que os dados são mantidos em anonimato, confidenciais e apenas usados para fins de investigação científica.

Anexo 2 – Pedido de Autorização à Escola

Exmo. Senhor,

Presidente do Conselho Diretivo da Escola

Eu, Raquel Maria Marques Pereira, no âmbito da minha dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento pela Universidade Autónoma de Lisboa, estou a desenvolver um estudo com objetivo de investigar as repercussões do diagnóstico de Necessidades Educativas Específicas em dois dos aspetos da relação conjugal, mais especificamente ao nível da coesão e adaptabilidade, e tendo em conta os níveis de stress percebidos pelos pais destas crianças.

Neste sentido, serão utilizadas duas escalas que visam medir o funcionamento marital através das dimensões Coesão e Adaptabilidade e de que forma os acontecimentos de vida manipulam a perceção de stress da amostra.

De modo que se proceda com a investigação, solicito a V. Ex.^a a autorização para a recolha de dados *online* através da presente instituição. A participação dos pais dos alunos será viabilizada através da colaboração dos educadores e professores, que fornecerão um *link* para o acesso aos questionários *online*. Este *link* estará acompanhado do consentimento informado, cujo documento corrobora o preenchimento voluntário e anónimo, e contém informações como o objetivo principal do estudo e a possibilidade de desistir a qualquer momento.

A recolha de dados, assim como todo o processo de investigação, serão pautados pela sua confidencialidade total.

Agradeço pela sua atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Raquel Pereira.

Anexo 3 – Questionário Sociodemográfico

Idade: _____ anos Sexo: Masc. _____ Fem. _____

Habilitações Literárias

Primário	
Básico	
Secundário Unificado – 9º ano	
Secundário Complementar – 12ª ano	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

Profissão: _____

Estado Civil: _____

Tempo de União: _____

Tem filhos da sua relação atual? Se sim, qual o sexo e idade? Vive convosco?

Foi uma gravidez planeada? Sim _____ Não _____

Como define o período gestacional?

O vosso filho possui alguma necessidade educativa específica?

Sim _____ Não _____

Tem filhos de um casamento/União de facto anterior? Se sim, qual o sexo e idade? Vive convosco? _____

Tem alguma deficiência a nível físico e /ou intelectual? Sim _____ Não _____

Anexo 4 - Parecer favorável da Comissão de Ética



COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer (16/2023)

A Comissão de Ética do CIP – Universidade Autónoma de Lisboa, tendo analisado o projeto de investigação submetido pela aluna Raquel Pereira (30002748), com o título “Crianças com Necessidades Educativas Específicas: A Coesão Conjugal e o Stress”, sob a orientação científica da Professora Doutora Sandra Figueiredo (Universidade Autónoma de Lisboa), emite um parecer favorável.

Lisboa, 19 de Abril de 2023,

O Presidente da Comissão de Ética,

Professor Doutor João Hipólito

Assinado por: JOÃO EVANGELISTA DE JESUS
HIPOLITO
Num. de identificação: 01115610
Data: 2023.04.19 15:32:48+01'00'

